

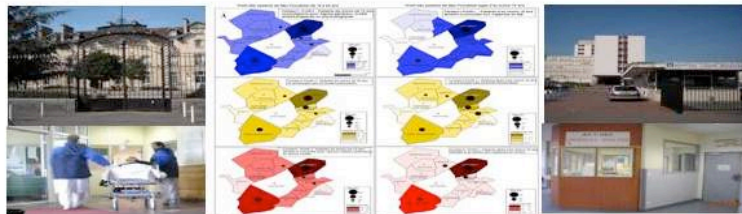
Université Paris Ouest Nanterre-La-Défense

Unité de Formation et de Recherche en
Sciences Sociales et Administration

Département de Géographie et Aménagement
Option : Géographie de la Santé

Mémoire de Master 2

**APPROCHE GEOGRAPHIQUE DU RECOURS AUX SOINS
D'URGENCE A NANTERRE ET A COLOMBES : CAS DES
SERVICES D'URGENCE ADULTES DES HOPITAUX MAX
FOURESTIER ET LOUIS MOURIER**



Présenté et soutenu par : KASSIE Daouda

Sous la direction de :

Pr. Gérard Salem

Professeur des universités

Zoé Vaillant

Maître de conférences des universités

Année académique 2008-2009

SOMMAIRE

Introduction.....	6
Partie I : Approche conceptuelle et méthodologique.....	10
Chapitre I : Conceptualisation du recours aux soins d'urgence hospitalier.....	11
I- Conceptualisation du problème de recherche	11
II- Définition et rappel de concepts	15
Chapitre II : Contexte de l'étude, présentation de la démarche et des outils méthodologiques	18
I- Contexte de l'étude	18
II- Approches et outils méthodologiques.....	19
Partie II : Accessibilité géographique des services d'urgence des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier : de l'échelle régionale à l'échelle infra communale	31
Chapitre I : Détermination des espaces médicaux des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier, deux aires d'influence couvrant tout le territoire français en 2008	32
I- Nanterre et Colombes, des communes abritant deux établissements engagés dans un processus de complémentarité de l'offre de soins médicale	32
II- Des disparités régionales dans le recours aux soins d'urgence à Max Fourestier et Louis Mourier.....	44
Chapitre II : Une analyse stratifiée et comparative des aires de chalandise des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier en 2008 et 2009.....	53
I –Analyse stratifiée du recours aux soins d'urgence des franciliens.....	53
II- Les trajectoires de recours aux soins d'urgence des populations	84
III- Caractéristiques des patients résidant dans des aires communes de chalandise : une opposition entre profil de patients de Louis Mourier et ceux de Max Fourestier	95
Partie III : Analyse de profils de deux catégories de patients du service des urgences de l'hôpital Max Fourestier : les résidents de la commune de Nanterre et les personnes sans domicile fixe	98
Chapitre I: disparités socio-spatiales du recours aux soins d'urgence dans la commune de Nanterre en 2008.....	99
I- Les patients de Nanterre : une structure par âge inchangée du niveau régional à celui infra-communal	100
II- Le Petit Nanterre, un quartier au profil de patients différent des autres quartiers.....	104
III- Le profil des patients pris en charge pour traumatologie à Nanterre	106
IV- Quelles structurations spatiales dans la ville de Nanterre ?	108
Chapitre II : Le recours aux soins des personnes sans domicile fixe (SDF) ou sans domicile stable (SDS) ..	115
I- Caractéristiques des patients sans domicile fixe ou sans domicile stable.....	115
II-. Les consultations d'ordre traumatologiques chez les personnes sans abris	120
Conclusion	122

REMERCIEMENTS

"Le monde est un livre et ceux qui ne voyagent pas

n'en lisent qu'une page." (Saint Augustin)

Je voudrais, pour cette première expérience, hors de mon Burkina Faso natal, réserver ces lignes, en signe de gratitude et de reconnaissance à toutes les structures et les personnes qui ont contribué de près ou de loin à faciliter mon séjour en France et mener à bien ce travail. Je pense notamment au Ministère de l'Enseignement Supérieur Français qui, par le biais du Service de Coopération et d'Action Culturelle (SCAC au Burkina Faso) et du Centre National des Œuvres Universitaires (CNOUS) a financé mon séjour.

Je ne saurais remercier à sa juste valeur les Professeurs Gérard Salem et Jeanne-Marie Amat-Roze pour l'opportunité qu'ils m'ont offerte en m'ouvrant les portes de cette formation en géographie de la santé. Vivement que mon directeur de recherche, le Pr. Gérard Salem qui, en plus de ses soutiens multiformes durant mon séjour a accepté de suivre ce travail, trouve ici l'expression de ma profonde considération. En m'imprégnant de la rigueur scientifique dans l'analyse géographique des faits de santé, il a davantage aiguisé ma volonté et mon désir de continuer la recherche en géographie de la santé.

En dépit d'un emploi du temps fort chargé, j'ai conscience des efforts que Mme Zoé Vaillant, mon tuteur scientifique, a dû fournir pour se rendre disponible, chaque fois que j'en ai eu besoin, que ce soit pour me fournir une idée importante au moment où j'en manquais ou bien pour me rassurer lorsque je doutais. Merci professeur, j'espère avoir bien assimilé les deux approches, qualitative et quantitative en géographie de la santé.

Merci à M. Stéphane Rican sans qui, les traitements statistiques développés dans ce mémoire, notamment les analyses factorielles multiples n'auraient été qu'élémentaires. Je lui suis gré de ses judicieux conseils qui m'ont permis de faire des choix adéquats face à la multitude des données dont je disposais. Je souhaite que les statistiques soient encore matière à discussion passionnante avec lui.

« L'étranger a de gros yeux pour ne rien voir », dit un adage Burkinabè. Pour ma part, j'espère avoir fourni la preuve contraire à l'issue de ce travail. Je remercie les Docteurs Laurent El Ghozi et Patrick Brun pour la confiance qu'ils m'ont accordée en m'acceptant en

tant que stagiaire et en me fournissant les bases de données sur les patients des deux services d'urgence des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier. J'espère que ce travail sera la hauteur de leurs attentes.

Sans l'opération de géocodage, les analyses développées à l'échelle de la ville de Nanterre ne seraient restées qu'au stade embryonnaire. Je ne saurais donc passer sous silence l'aide combien précieuse de Mme Perrine Demeaux de l'Observatoire Local de la Santé (OLS) à Nanterre pour cette opération.

Je remercie Mme Delphine Fleurance de l'Atelier Santé Ville (ASV) de la commune de Colombes, pour avoir bien voulu donner de son temps pour m'imprégner davantage de l'organisation du système de santé français et de la démarche d'analyse des territoires dans le cadre des ateliers santé villes.

J'exprime ma déférente gratitude conjointement à tout le personnel des deux services d'urgence et aux sections infographiques des mairies de Nanterre et Colombes. Que les patients et accompagnateurs de malades qui ont bien voulu se prêter à nos questionnaires voient en ce travail, le résultat de leur franche collaboration.

Pour son dévouement, ses conseils avisés, ses soutiens multiformes sans cesse réitérés et sa lecture minutieuse de ce document, je suis infiniment reconnaissant au Dr. Florence Fournet. Elle n'a par ailleurs cessé de me soutenir dans mes entreprises depuis bien des années.

Je tiens à remercier le Pr François de Charles Ouédraogo et le Dr. André Koné, qui, malgré la distance n'ont cessé de me conseiller dans certains de mes choix.

Pour l'atmosphère amicale dans laquelle cette année académique s'est déroulée, je salue tous les camarades de classe. Pour avoir accepté de partager avec moi leur modeste expérience et les données dont ils disposaient je remercie particulièrement Phédon Eyoghé Nygone, Christelle Pernet et Rose Gwet.

Tout commence par la famille, et tout au bout du compte se termine par elle. Pour leurs sollicitudes et leurs sacrifices, je remercie mon père, mes frères et sœurs ainsi mon tuteur monsieur Ali Karama et toute sa famille.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACM :	Analyse des Correspondances Multiples
ACP :	Analyse en Composante Principale
AP-HP :	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
CAH :	Classification Ascendante Hiérarchique
CASH :	Centre d'Accueil et de Soins Hospitalier
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CMU-C :	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CUCS :	Contrats Urbains de Cohésion Sociale
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRIS :	Ilots Regroupés pour l'Information Statistique
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
RMI :	Revenu Minimum d'Insertion
SAMU :	Service d'Aide Médicale Urgente
SU :	Service d'Urgence
ZUS :	Zone Urbaine Sensible

INTRODUCTION

Les besoins en matière de santé évoluent sans cesse. Il faut identifier les nouvelles maladies, tester les nouveaux traitements, adapter les stratégies thérapeutiques et estimer les besoins de la population. C'est l'une des raisons pour lesquelles les politiques procèdent à des organisations et réorganisations des services de santé. Ainsi, le territoire français est couvert par une trame hiérarchisée de structures de soins, aux statuts juridiques différents et fonctions diverses. La politique sanitaire de la France situe les hôpitaux au sommet de la pyramide des établissements de soins. Les hôpitaux sont des « établissements de soins, publics ou privés, d'accueil, d'hébergement, de diagnostic et de thérapeutique » (Picheral H., 2001 p. 138) dont la taille, le niveau d'équipement et la spécificité du plateau technique sont fonction de la hiérarchie urbaine. Cette centralisation a pour but de répartir de façon adéquate et juste sur tout le territoire national les moyens d'assurer à chacun l'accès aux soins.

A la base de la hiérarchie des établissements hospitaliers se trouvent les hôpitaux locaux (ou ruraux) qui dispensent des soins à l'échelle locale. Les centres hospitaliers (CH) se placent à l'échelon intermédiaire, avec des aires de recrutement des patients variant de l'échelle locale à celle départementale. Suivant leur taille, les spécialités développées par ces hôpitaux peuvent relever aussi bien de la médecine générale que de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO). Avec un rayonnement régional, les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) se placent au sommet de la pyramide hospitalière (Fleuret S., 2002 ; Clément J. M., 1995). En plus des activités de MCO, les CHU développent de multiples activités de pointe telles que les transplantations d'organes, les dialyses rénales, la radiothérapie anticancéreuse. Ils sont souvent associés à des structures de recherche et d'enseignement du corps médical et du personnel paramédical.

A ces trois niveaux s'ajoute l'hôpital de référence, en général situé dans la capitale du pays, avec un rayonnement national (Picheral H., 2001).

L'activité des hôpitaux se mesure à travers une batterie d'indicateurs, dont le taux d'attraction, la durée moyenne de séjour (DMS), le coefficient d'occupation des lits. L'état de santé d'un individu ou d'une population est quant à lui, mesuré par des indicateurs de mortalité et de morbidité comme l'incidence et la prévalence d'une pathologie, fortement dépendants de la consommation de soins.

Dans un souci de promotion de solutions visant à répondre aux besoins réels de soins des populations, les pouvoirs publics ont entrepris des actions ayant abouti notamment à la création du dispositif de permanence des soins en 2003, et à la signature de conventions entre les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), les services d'aide médicale urgente (SAMU), les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et les ambulanciers privés (GRALL J.Y., 2007).

Les services d'urgence étaient au départ classés en fonction de leur technicité et de normes d'équipement en trois niveaux : les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) dont le niveau d'équipement est le plus élevé, les pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences (POSU) qui sont à même de prendre en charge les urgences lourdes et les Unités de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU) chargées de la gestion des cas les plus simples. Depuis le 31 mars 2007, tous ces services sont regroupés sous l'appellation commune de « structure des urgences » et ont l'obligation de répondre aux mêmes exigences de qualité (Cours des comptes, 2006). La notion de POSU a disparu au profit de plateaux techniques spécialisés (GRALL J.Y., 2007).

La section des urgences des hôpitaux devrait en principe accueillir des patients qui sont dans une situation de crise. En dépit de l'élaboration scientifique de normes sanitaires, être en bonne santé demeure une appréciation éminemment variable, où se mêlent des éléments physiologiques, psychologiques, sociaux, culturels, du ressort de l'individu mais aussi du collectif et du politique (Amat-Roze J.M., 1998). De ce fait, la perception qu'a le patient de la maladie (*illness*) ou son entourage (*sickness*) ne correspond pas toujours à la définition qu'en donne le professionnel médical (*disease*) (Henrard J.C. & Ankri J., 2003). Il n'y a *a priori* pas d'indicateur qui permette de juger d'emblée de la gravité de la maladie, et donc de la « légitimité » du recours au service d'urgence. En revanche, une hospitalisation à l'issue de la consultation peut en témoigner l'importance.

La trajectoire de recours aux soins devrait dépendre de l'organisation du système de soins et du degré de gravité du mal en cause. Force est de constater que diverses causes, inhérentes à l'état physiologique, à des pratiques sociales, aux comportements individuels ou à des conditions climatiques peuvent conduire à un recours urgent non programmé à un personnel soignant en médecine de ville ou dans un hôpital. Il résulte parfois de ces différences d'appréciation, des évacuations sanitaires qui ne nécessitent pas toujours une hospitalisation (Baubeau D. et Carrasco V., 2003 ; Verstavel F., 2007).

Dans certaines situations, telles que les accidents, ce sont les secouristes (pompiers ou police secours) qui prennent la responsabilité du choix du service d'urgence. Si dans cette dernière situation, le malade n'a pas le choix quant à l'établissement d'accueil qui relève alors uniquement de la zone d'intervention des secouristes, dans la première situation, le choix de la structure relève d'initiatives propres au patient ou à son accompagnateur.

Pour tous ces patients qui sont à priori dans un besoin immédiat de soin, l'un des problèmes majeurs qui se posent est la disponibilité d'établissements de soins d'urgence à même de répondre à ce besoin. Dans les localités où il existe des structures de prise en charge aux urgences, le recours effectif à ces services peut se trouver en butte à un autre obstacle : celui de l'accessibilité. La possibilité d'accéder aux soins en général, particulièrement celui relevant de l'urgence est multifactorielle ; cette multiplicité peut créer des inégalités d'accès aux soins d'urgence entre résidents d'une même localité, ou entre populations habitant différents espaces. Si pour des populations résidant dans des localités différentes l'accessibilité physique aux structures de soin et la morbidité ressentie peuvent être des facteurs discriminants, pour les résidents d'une même localité les facteurs déterminant du recours peuvent aussi être médicaux, culturels ou sociodémographiques. A ce sujet, plusieurs études ont démontré qu'il existe une relation étroite entre l'accessibilité à des services de santé et leur utilisation (Hemiari A. *et al.* 2005).

Certes, il n'existe pas de dispositions particulières de prise en charge aux urgences suivant leur accessibilité physique, ou suivant les caractéristiques sociodémographiques des patients, mais le caractère urgent de la demande fait qu'on peut s'interroger sur le rôle de la distance dans la fréquentation de ces établissements par populations. Il est aussi reconnu que le vieillissement s'accompagne en général de l'augmentation du nombre et de la gravité des affections ainsi que d'une dégradation de l'état de santé (Anonyme, 1997) ; de ce fait, une réflexion basée sur ces deux variables (à savoir, l'âge et la distance parcourue par les patients) pourrait révéler des inégalités entre patients pris en charge dans les hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier ou des disparités spatiales de recours aux soins d'urgence entre zones de résidence de ces patients.

L'étude comparative sur le recours aux soins d'urgence dans les hôpitaux Max Fourestier de Nanterre et Louis Mourier de Colombes que nous développons dans ce mémoire est structurée en trois principales parties :

- la première s'attache à présenter les concepts fondamentaux, la démarche méthodologique et les différents outils d'analyses relatifs à notre thématique ;
- la seconde se focalise sur la recherche les aires d'influence (ou espaces médicaux) des services d'urgence des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier en 2008, ainsi que la détermination de profils de patients suivant leur âge et les distances parcourues ;
- quant à la troisième partie, elle analyse deux types de populations ayant consulté au service des urgences de l'hôpital Max Fourestier en 2008 : des patients résidant dans la commune de Nanterre et des personnes sans domicile fixe.

Partie I

APPROCHE CONCEPTUELLE ET METHODOLOGIQUE

Dans cette partie dont l'objectif est de cerner les contours théoriques de notre sujet de recherche, nous aborderons le positionnement du problème de recherche et les méthodes de traitement statistiques et représentations cartographiques.

Chapitre I

Conceptualisation du recours aux soins d'urgence hospitalier

Nous présenterons successivement dans ce chapitre, la problématique des soins d'urgence en France, les hypothèses de recherches formulées ainsi que les objectifs visés. Nous définirons les concepts couramment utilisés dans le recours aux soins en général et aux soins d'urgence en particulier.

I- Conceptualisation du problème de recherche

I-1- Problématique :

En France, la prise en charge des urgences médicales repose dans une large mesure sur les hôpitaux publics et les établissements privés participant au service public hospitalier. Pour compléter cette mission, les hôpitaux ont développé des services très performants : les Services d'Aide Médicale Urgente¹. Depuis leur création dans le milieu des années 1960, les services d'accueil des urgences hospitalières n'ont cessé de voir leur activité croître d'années en année (Baubeau D. *et al.*, 2000). Cette augmentation constante de la fréquentation des services d'urgence (SU) est un phénomène qui touche aussi bien les urgences pédiatriques que les urgences « adultes » et qui traduit de nouveaux comportements des usagers en matière de recours aux soins (Devictor D., Cosquer M., Saint Martin J., 1997 ; Alfaro C. *et al.*, 1992). Elle est commune à tous les pays qui en sont dotés (Lacroix J., Arseau M., 1999 ; Zimmerman D.R. *et al.*, 1998).

¹ <http://www.hopital.fr/Hopital/Vos-demarches/Les-urgences>

Une grande partie de la demande de soins d'urgence est prise en charge par la médecine générale de ville : en 2004, on estimait à 35 millions le nombre de recours urgents ou non programmés, à la médecine générale de ville en France (Collet M. et Gouyon M., 2007).

Depuis la fin des années 1980, on assiste à une forte progression de la demande de soins non programmés et les services d'urgence hospitaliers ont vu leur activité croître de 7 à 14 millions de passages entre 1996 et 2004 (Cour des comptes, 2006). Une moyenne de 23 000 passages par an est enregistrée par unité d'accueil des urgences. L'Ile-de-France, qui dispose d'unités de taille importante, voit 40% de ses structures d'urgence réaliser plus de 40 000 passages par an (Praznocy-Pépin C., 2007).

Ce chiffre pourrait être dépassé de nos jours, deux hôpitaux du département des Hauts-de-Seine, le Centre d'Accueil et de Soins Hospitalier de Nanterre (CASH) Max Fourestier et l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP) Louis Mourier de Colombes ayant prodigué ensemble, des soins d'urgence à 45 686 adultes en 2008 (CASH-Nanterre Max Fourestier, 2008 ; APHP-Louis Mourier, 2008). L'accroissement de la demande de soins d'urgence semble être un phénomène multifactoriel : aux pratiques individuelles de recours aux soins des malades s'ajoutant celles des populations, l'organisation du système de soins (désengagement de la médecine de ville de la Permanence Des Soins², instauration du système du « *budget global* »³) et les facteurs climatiques (variations saisonnières).

Dans l'optique d'assurer une offre de soins hospitaliers publics cohérente dans leur bassin de vie⁴, les hôpitaux Louis-Mourier et Max-Fourestier ont constitué un Syndicat Interhospitalier (SIH) à travers lequel sont gérés conjointement le service d'accueil des urgences, l'organisation de la garde chirurgicale, l'activité d'anatomo-cytopathologie et l'ouverture de lits soins de suite et de réadaptation. Depuis quelques années en France, la volonté des élus locaux est de réduire en même temps que les inégalités sociales, les inégalités spatiales tout en rationalisant les dépenses (Amat-Roze J.M., 1994 ; Célérier M.C., 1994).

² La Permanence Des Soins est une organisation de l'offre de soin libérale et hospitalière mise en place afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés des patients (Verstavel F., 2007).

³ Le système du « *budget global* » a été instauré en 1983. Il remplace celui du « *prix de la journée* » dans lequel le budget de l'hôpital était exclusivement déterminé en fonction du nombre de malades hospitalisés et de la durée de leur séjour. Le budget global demande maintenant d'évaluer les moyens nécessaires à la réalisation d'objectifs précis (Célérier M.C., 1994).

⁴ Le découpage de la France en « bassins de vie » est un outil proposé pour faciliter la compréhension de la structuration territoriale de la France métropolitaine et mieux qualifier l'espace à dominante rurale (http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bassins_vie®_id=99&page=donnees-detaillees/bassins_vie/bassins_vie.htm).

C'est l'une des raisons pour lesquelles, une réflexion approfondie est menée pour une convergence des projets médicaux des deux hôpitaux visant à organiser de manière harmonieuse les prises en charges médicales et chirurgicales sur les deux sites (AP-HP Louis Mourier, 2003)

Partant du constat d'engorgement des services d'urgence et de la volonté de coopération entre les hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier, nous nous interrogerons sur la capacité qu'aurait un hôpital à construire son aire de chalandise, et inversement nous chercherons à comprendre comment une population intègre un service dans ses pratiques socio-territoriales ? Cette question principale, pour trouver des éléments de réponse, fait appel à d'autres questions sous-jacentes :

- Quelle peut-être l'influence de la distance sur le recours aux soins d'urgence dans les hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier ?
- Quelles disparités spatiales de recours aux soins d'urgences peut-on identifier entre des communes situées à une même distance d'un SU, en tenant compte des profils de patients qui s'y sont rendus ?
- Quels sont les facteurs déterminant l'importance des relations entre patients et personnel médical dans le recours aux soins d'urgence ainsi que le niveau de satisfaction des usagers ?
- Quelle typologie peut-on faire des sous espaces d'une même commune, en tenant compte des caractéristiques des patients et des données propres à ces sous espaces ?
- Quelles différences peut-il exister entre un groupe de personnes appartenant à une même catégorie sociale ?

I-2- Objectifs

Notre objectif principal est d'analyser les facteurs sociaux, médicaux et saisonniers qui participent à la construction d'une aire d'influence d'un SU en général et plus particulièrement ceux de Nanterre et de Colombes.

Afin d'atteindre cet objectif global, nous nous fixons les objectifs secondaires suivants :

- apprécier les profils des patients suivant l'accessibilité géographique (en termes de distance physique) des SU de Louis Mourier et de Max Fourestier;

- identifier des disparités spatiales suivant l'âge des patients et l'accessibilité physique aux SU des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier ;
- analyser les relations existant entre professionnels médicaux et patients pouvant influencer la perception des usagers des SU et les itinéraires préférentiels des populations ;
- identifier des profils de patients résidant dans la commune de Nanterre et rechercher des disparités spatiales de recours aux soins d'urgence au sein de cette ville ;
- apprécier des profils de patients du SU de l'hôpital Max Fourestier appartenant à une même catégorie sociale, en prenant l'exemple des personnes sans domicile fixe.

I-3- Hypothèses

Nous partons de l'hypothèse principale que les aires de chalandise des services d'urgence sont fonction de leur accessibilité géographique et de leur qualité perçue par les populations c'est-à-dire la notoriété dont ils bénéficient.

Les hypothèses spécifiques qui s'y rattachent sont les suivantes :

- le recours aux services d'urgence est fonction de leur accessibilité géographique, en termes de distance physique (et de temps). Les usagers du SU de Max Fourestier seraient situés à proximité de cette structure ou auraient plus de facilité de s'y rendre que ceux du SU de Louis Mourier ;
- les patients d'une même catégorie d'âge parcourant des distances identiques⁵ pour accéder à un SU auraient des profils semblables. Pour certaines catégories d'âge précises, les patients du SU de l'hôpital Max Fourestier et de celui de Louis Mourier présenteraient des profils analogues.
- les relations entre professionnels médicaux et usagers des urgences influenceraient la perception des usagers de la structure d'accueil et partant, les trajectoires de recours aux soins des populations. Les difficultés d'accueil des patients au SU de Louis Mourier, du fait de sa faible démographie médicale, en font un service qui serait moins fréquenté que celui de Max Fourestier ;

⁵ Les distances et classes d'âges auxquelles nous faisons allusion seront déterminées à l'issue des premières analyses des données recueillies dans les deux hôpitaux.

- dans une même unité spatiale, les patients qui se sont rendus aux SU de l'hôpital Max Fourestier en 2008, présenteraient des profils différents suivant leur quartier de résidence ; Dans la ville de Nanterre, les quartiers prioritaires de la ville seraient les localités où les patients tendent à se rendre aux urgences pour des problèmes de soins ;
- parmi les patients de l'hôpital Max Fourestier, il existe des personnes sans domicile fixe. Quel que soit leur âge, ces personnes sans domicile fixe ont tendance à présenter le même profil. Mais ce profil diffère de celui du reste des usagers de cet hôpital.

Au regard des objectifs que nous nous sommes fixés et des hypothèses formulées, il sied avant toute analyse approfondie, de faire un état de l'art sur les SU hospitaliers à différentes échelles. Cette analyse s'appuie sur quelques études que nous avons consultées afin de nous construire une méthodologie de recherche.

II- Définition et rappel de concepts

La géographie de la santé, utilise aussi bien des expressions relevant des sciences humaines et sociales, en particulier la géographie, que des sciences médicales. Dans l'analyse géographique du recours aux soins d'urgence, il nous semble d'ores et déjà important de rappeler quelques notions clefs auxquelles notre thématique renvoie.

II-1-Le recours aux soins

Le recours aux soins fait appel au système de soins. Le recours aux soins doit être distingué de l'accessibilité aux soins qui ne traduit qu'une capacité matérielle ou réglementaire à user des services de santé. Picheral H. (2001, p 208) définit ce concept comme un ensemble de « *comportements individuels et collectifs en fonction de déterminants socio-économiques et socio-culturels (âge, sexe, milieu familial et social, appartenance religieuse, niveau d'éducation et de revenus, information...), socio-sanitaires (ressources sanitaires) et géographiques (milieu urbain et rural, région de résidence, distance/temps au prestataire de service, évacuation sanitaire ...)* ».

II-2-L'accessibilité

Le concept d'accessibilité est à la frontière de plusieurs disciplines scientifiques : économie, sociologie, géographie (Bonnet P., 2002).

C'est un concept qui présente au moins deux dimensions : une dimension matérielle et une dimension sociale. L'accessibilité est considérée comme un indicateur de santé et un éventuel facteur de risque.

Selon Picheral H. (2001), dans sa dimension matérielle, l'accessibilité est « *surtout fonction du couple distance/temps donc de la proximité (...)* » de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à parcourir. Vue sous cet angle, l'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a qu'une valeur potentielle. « *Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisé, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectif* ».

Mesurée à travers les distances réelles parcourues par les populations pour accéder aux structures de soins, l'accessibilité devient réelle et permet de définir un espace sanitaire, qui est l'aire de recours aux soins d'un individu ou d'une population (Boury F., 2004).

L'un des objectifs de tout système de santé est l'équité qui traduit le niveau social de l'accessibilité. Cette dimension sociale se perçoit à travers « la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion) » (Picheral H., 2001, p 34). L'accessibilité peut aussi dépendre de facteurs culturels ; dans ce cas, elle est dite culturelle.

II-3- L'urgence médicale

En partant du général et en allant vers des domaines d'activité particuliers, on se rend compte que le concept d'urgence médicale est pluriel.

Ainsi, une urgence médicale est généralement présentée comme un cas « nécessitant une intervention médicale ou chirurgicale rapide » (Dictionnaire le Petit Larousse, 2009, p. 1049).

Selon certains praticiens médicaux, « les urgences sont le service hospitalier chargé d'accueillir et de prendre en charge les malades et les blessés qui se présentent d'eux-mêmes ou sont amenés par les services de secours (pompiers...). Dans certains CHU, il existe des urgences spécialisées (maternité, psychiatrie, cardiologie...), dans lesquelles chacun peut se rendre ou être orienté directement » .

The Federal Emergency Medicine Treatment and Active Labor Act de 1986 (EMTALA) a défini l'urgence comme une condition médicale se manifestant par des symptômes aigus de sévérité tels que l'absence d'assistance médicale immédiate pourrait raisonnablement aboutir

à mettre en danger la vie de l'individu, à provoquer des séquelles ou le dysfonctionnement sérieux de n'importe quel organe (EMTALA, 1986 ; Billemont M., 2007).

L'une des définitions donnée dans les SU aux usagers précise que « *c'est une situation qui implique une intervention médicale ou chirurgicale rapide, un état qui nécessite des gestes de réanimation destinés à préserver la vie* » (Hôpital Louis Mourier, urgences adultes, service communication, *Poster affiché*, Août 2004 ; Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre, *Poster affiché*, 2004).

Appliquée à la géographie de la santé, l'urgence se définit comme « *la filière des soins raccourcie et pratiquée en situation de crise, quand l'état du patient (parturiente, malade ou accidenté) nécessite un transport rapide (ambulance, hélicoptère...) jusqu'à un service d'urgence spécialisé et équipé d'un hôpital, ouvert 24h sur 24 (équipement lourd)* » (Picheral H., 2001, p.25)

Chapitre II

Contexte de l'étude, présentation de la démarche et des outils méthodologiques

Le contexte dans lequel s'inscrit cette étude, les méthodes et outils que nous avons mobilisé pour sa réalisation, les populations ciblées, les données collectées ainsi que les méthodes d'analyse seront abordées dans ce chapitre.

I- Contexte de l'étude

L'association nationale des villes pour le développement de la santé publique « Élus, Santé Publique & Territoires » créée en octobre 2005 à l'initiative d'élus locaux en charge de la Santé, a signé le 14 juin 2007, un accord de partenariat avec d'une part la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV) et d'autre part l'Université Paris Ouest - Nanterre La Défense (Ex-Université Paris X Nanterre). Dans ce cadre, des étudiants de Master de Géographie de la Santé effectuent leur stage dans les villes membres de l'association qui en ont exprimé le besoin pour des diagnostics locaux de santé. C'est dans ce contexte global que s'inscrit notre étude, qui au-delà de sa dimension scientifique pour notre formation, s'est révélée intéressante pour les praticiens médicaux des Centre de Soins Hospitaliers Max Fourestier de Nanterre et de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris Louis Mourier de Colombes.

Au cours de notre parcours scientifique antérieur, nous avons déjà utilisé des données médicales pour des analyses géographiques, mais les contextes géographiques, socioculturels, la nature des données à traiter, ainsi que les objectifs étaient différents de ceux des soins d'urgence à Nanterre et Colombes. De ce fait, cette étude constitue pour nous, une opportunité de raffermir notre capacité d'analyse géographique de faits de santé à partir données médicales, tout en répondant à une demande précise.

Ainsi, autour de cette thématique de recherche, travaillent de concert cinq partenaires que sont les Ateliers Santé Ville de Nanterre et de Colombes, les Hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier ainsi que l'option de Géographie de la Santé de l'Université Paris Ouest - Nanterre La Défense.

II- Approches et outils méthodologiques

II-1- Choix de la population cible

En gardant à l'esprit notre objectif principal qui est de comprendre comment le service d'urgence d'un hôpital construit son territoire, et inversement comment une population intègre un service dans ses pratiques socio-territoriales, nous nous devons de choisir une population cible qui nous permette de répondre à cette question.

Dans les hôpitaux, suivant l'âge des patients, on distingue les urgences pédiatriques (patients âgés de moins de 15 ans) et les urgences adultes sur lesquelles nous avons choisi de travailler. Notre étude, comporte deux principaux volets : une partie rétrospective portant sur des données quantitatives (du 1^{er} janvier au 31 décembre 2008) existantes, et une partie prospective pour laquelle nous avons collecté des données qualitatives (du 23 Février au 17 mars 2009) à l'aide de questionnaires adressés à des usagers des services d'urgences (patients ou accompagnateurs de patients).

- Nous ne pouvions nous intéresser aux urgences pédiatriques dans cette étude, car une étude sur cette population nécessiterait la prise en compte d'une deuxième population, à savoir leurs parents, pour appréhender les disparités socio-spatiales de recours aux soins ;
- En consultation adulte, lors du recueil d'information qualitatives, parmi les enquêtés, se trouvaient toutefois quelques accompagnateurs de patients de moins de 18 ans.

Pour apprécier les pratiques spatiales des usagers des services d'urgences parmi lesquels des patients auto-référés, des données relatives à divers indicateurs (variables d'étude) ont été collectées.

II-2- Choix des variables d'étude

L'analyse d'interrelations au sein d'un espace sanitaire en général et d'un service hospitalier en particulier nécessite le recours à toutes les variables susceptibles d'influer sur la trajectoire des populations en cas de maladie, ou d'un malaise quelconque. Les variables retenues pour les deux volets de l'étude répondaient à un souci de complémentarité pour des analyses explicatives.

Le volet prospectif de notre étude a porté sur des variables à visée spatiale (lieu de résidence du patient, moyen de transport utilisé pour se rendre aux urgences, localisation du centre de santé par lequel le patient est passé avant les urgences, connaissance de structures de soins autre que l'hôpital), des variables sociodémographiques (sexe, situation professionnelle, niveau de scolarisation), médicales (type de couverture sociale, recours habituels aux soins, choix de l'hôpital, temps de décision avant le recours aux urgences) et des variables relevant du ressenti des usagers sur la qualité de l'accueil, de la prise en charge et des temps d'attente.

La partie rétrospective s'est intéressée aux mêmes variables pour chaque patient qui s'est rendu aux urgences en 2008 dans les deux hôpitaux : sexe, âge, provenance du malade (adresse et code postal), dates d'entrée et de sortie des urgences, adressant du malade, service de l'hôpital vers lequel il a été orienté après les urgences, motif de consultation noté par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (motif IAO), moyen d'arrivée aux urgences, durée du séjour, décision de sortie du SAU.

Il faut remarquer que les deux bases établies par les services d'urgence ne sont pas conçues de la même manière et qu'elles sont codées différemment.

II-3- Détermination des échelles d'analyse

Dans notre démarche d'analyse du recours aux soins d'urgence, nous partons d'entités ponctuelles (hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier) pour définir des espaces d'analyse, car « *mener une étude quelque part, c'est isoler un espace* » (Salem G., 1998). Certes, ces deux hôpitaux appartiennent à des unités spatiales (Communes de Nanterre et de Colombes), mais le double caractère rétrospectif et prospectif de notre démarche requiert quelques précisions.

A partir des données recueillies dans les hôpitaux, la recherche des zones de résidence des patients nous a permis d'identifier les espaces médicaux⁶ de chacun des deux services d'urgence et de définir leurs aires d'influence. Ces espaces médicaux sont également une partie de l'espace sanitaire⁷ de chacun des patients qui ont recouru aux services d'urgence, car les soins d'urgence ne constituent pas le seul type de besoin de soins d'un individu ou d'une population.

Toutefois, c'est à partir des espaces médicaux des deux hôpitaux que les différentes échelles d'analyse ont été définies :

- le niveau régional ;
- le niveau communal dans la région d'Ile-de-France. A cette échelle trois strates d'analyse ont été identifiées afin de mieux cerner les disparités socio-spatiales dans le recours aux soins d'urgence ;
- les échelles des quartiers et des Ilots Regroupés pour l'Information Statistique (IRIS).
Au sein de la ville de Nanterre où des patients ont pu être géoréférencés.

Ce changement d'échelle visant à apprécier le rôle de l'échelle et de la distance sur le recours aux soins d'urgence car « *la question de l'échelle d'analyse est centrale et l'observation ne peut pas se limiter au seul découpage traditionnel en régions et départements* » (Tonnelier F., 1997).

II-4- Collecte des données

A la suite de la validation du protocole de recherche, est intervenu le travail de collecte des données qualitatives. Afin de mieux cerner le comportement d'ensemble des usagers et le fonctionnement des deux services d'urgence, nous nous sommes consacré à des observations en salle d'attente, avant de procéder à l'administration des questionnaires.

⁶ L'espace médical « correspond au territoire professionnel, à l'aire d'influence du praticien, dont les limites, la surface et le rayon varient en fonction de la qualification, du mode et du milieu d'exercice, de la notoriété... » (PICHERAL H., 1989).

⁷ L'espace sanitaire correspond à l'aire de recours aux soins d'un individu ou d'une population (PICHERAL H., 1989).

Trouver un temps d'entretien avec un usager dont le besoin est avant tout médical, et a *priori* urgent, requiert une analyse croisée du fonctionnement du service, de l'atmosphère d'ensemble de la salle d'attente et de l'état d'esprit de l'enquêté.

Arrivé aux urgences, une infirmière chargée de l'accueil et de l'orientation du patient prend connaissance de son problème de santé. Le patient revient ensuite en salle d'attente. Son ordre de passage pour des soins étant fonction de la gravité de son mal et de celle des autres patients, les temps d'attente restent donc fortement incertains. C'est justement ce temps d'attente que nous avons exploité pour nos entretiens, d'où un certain nombre de questionnaires inachevés, contenant pourtant souvent des informations dignes d'intérêt pour notre étude.

Des refus auxquels nous avons été confrontés au fil de nos enquêtes, les temps d'entretien étaient évoqués par nombre de patients qui n'ont pas voulu s'engager, estimant ne pas être à mesure de répondre à toutes les questions.

De façon synthétique, la procédure fut la suivante :

- Une semaine (16 au 22 février) d'observation dans les deux hôpitaux de sorte à étudier leur fonctionnement et trouver un créneau d'enquête dans chacun de ces services ;
- Deux semaines d'administration de questionnaires à Max Fourestier (du 23 février au 7 mars) et pour finir 60 enquêtés dont 4 questionnaires incomplets ;
- 10 jours d'administration de questionnaires à Louis Mourier (du 09 au 18 Mars) avec finalement 58 questionnaires dont 2 incomplets.

Au final 56 questionnaires ont été conservés dans chacun des hôpitaux. Ont répondu aux questions, des patients ou des accompagnateurs de malades. Dans les deux hôpitaux, les questionnaires ont été renseignés à 47,3% (53/112 personnes) par les patients eux-mêmes, 39,3% (44/112 personnes) par des parents (époux, épouse, père, mère, frère ou sœur) qui accompagnaient leurs proches, 13,4% (15/112 personnes) par des collègues de service ou des amis. Les réponses relèvent certes du déclaratif, mais la part des malades ayant répondu aux questions permettent d'accorder un minimum de crédit aux données recueillies.

Comme les services d'urgence fonctionnent 24 heures sur 24 tous les jours de la semaine, nous avons fait 3 nuits dans chaque hôpital, afin de nous faire une idée des affluences nocturnes. C'est après analyse des fréquentations quotidiennes que nous avons choisi :

- A Max Fourestier : les nuits du dimanche 12/04/09 au lundi 13/04/09, du mardi 14/04/09 au mercredi 15/04/09 et du vendredi 17/04/09 au samedi 18/04/09.
- A Louis Mourier, les nuits du mardi 21/04/09 au mercredi 22/04/09, du Jeudi 23/04/09 au vendredi 24/04/09 et du lundi 27/04/09 au mardi 28/04/09.

II-5- Traitement des données

Les données recueillies à la suite de nos enquêtes ont été intégrées sous Excel[®] pour le dépouillement et l'élaboration de tableaux synthétiques. Pour spatialiser nos enquêtes, nous avons utilisé les codes postaux, puis les codes des départements et communes correspondants.

Les données relatives aux deux hôpitaux ont fait l'objet de plusieurs traitements.

II-5-1. Traitement des bases de données

Les bases de données existantes de 2008 comprenaient initialement 21 991 patients à Max Fourestier et 23 695 patients à Louis Mourier.

Nous avons procédé successivement à :

- un tri sur l'âge pour ne retenir que les patients de plus de 15 ans : 19 939 adultes à Max Fourestier, 23 673 adultes à Louis Mourier ;
- un tri sur les codes postaux : 19 921 disponibles à Max Fourestier, 11 993 disponibles Louis Mourier ;
- une comparaison entre les patients dont les codes postaux étaient disponibles et ceux qui ne l'étaient pas. Ces analyses univariées nous ont permis de conclure que notre échantillon était représentatif de l'ensemble des patients des deux hôpitaux (absence de différences significative entre les deux catégories) ;
- le regroupement des variables : sexe, âge, code postal, date d'entrée, date de sortie, adressant, orientation, sortie, motif IAO (motif de consultation noté par l'irmier (ère) à l'accueil), jour d'entrée, moyen d'arrivée, durée du séjour, décision SAU, provenance. Il s'est agi ici de classer les deux bases de données sur une seule feuille Excel, de sorte à avoir les mêmes variables comparatives et la même orthographe pour les modalités ;

- le regroupement des modalités des variables, notamment pour l'orientation, l'adressant, la sortie, le motif IAO, le moyen d'arrivée, la décision SAU, la provenance où le nombre de modalités était différent⁸ (Tableau n°1) ;
- la vérification de chacune des bases par ligne pour exclure les individus qui avaient au moins 5 des 7 variables suivantes non renseignées : orientation, adressant, motif de consultation, moyen d'arrivée, provenance, durée négative de séjour ;
- ont également été écartés les patients qui avaient consulté pour des raisons gynécologiques à Louis Mourier.

C'est finalement sur la base de 19 511 patients (soit 88,8% des 21 991 consultants) à Max Fourestier et de 11 972 patients (équivalant à 50,5% des 23 695 consultants) à Louis Mourier que nous avons procédé aux différentes analyses rétrospectives sur les patients des deux hôpitaux.

II-5-2. Limites dans le remplissage des bases de données des deux

La principale limite des bases de données porte sur les variables non renseignées. Les patients ayant plus de 5 variables non renseignées ont été exclus mais on en retrouve toutefois avec :

- 4 modalités non renseignées : 32 à Max Fourestier et 31 à Louis Mourier ;
- 3 modalités non renseignées : 49 à Max Fourestier et 277 à Louis Mourier ;
- 2 modalités non renseignées : 15 248 à Max Fourestier et 432 à Louis Mourier ;
- 1 modalité non renseignée : 19 217 à Max Fourestier et 1 325 à Louis Mourier.

⁸ N'étant pas praticien médical, le regroupement des informations médicales a été soumis à l'appréciation des personnes auprès desquelles nous avons récupéré les deux bases de données rétrospectives.

Tableau 1 : Comparaison des modalités de variables pour les hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier

Variables	Max Fourestier	Louis Mourier	Variables	Max Fourestier	Louis Mourier
Orientation	Médecine	Médecine	Moyens d'arrivée	Ambulance	Ambulance
	Chirurgie	Chirurgie		Croix Rouge	Croix Rouge
	Psychiatrie	Psychiatrie		Personnel	Personnel
		Consultation post-urgence (consultation spécialisée)		Protection civile	Protection civile
		Consultation sans RDV		SAMU	SAMU
	Non renseignés	Non renseignés		Taxis	Taxis
Adressant	Hôpital ou Clinique	Hôpital ou Clinique		Police	Police
	Médecin traitant	Médecin traitant		Pompiers	Pompiers
	Personne	Personne		Brancardiers de l'hôpital	
	SAMU	SAMU		CHAPSA	
	Autre service de l'hôpital	Autre service de l'hôpital		Autre	Autre
	SOS Médecin	SOS Médecin		Non renseignés	Non renseignés
	Autre	Autre	Décision de sortie SAU	Admis dans un autre service de l'hôpital	Admis dans un autre service de l'hôpital
Motifs IAO	Accident d'Exposition au Sang/ Sexe	Accident d'Exposition au Sang/ Sexe		Attente d'un lit d'hospitalisation	Attente d'un lit d'hospitalisation
	Brûlures	Brûlures		Transfert	Transfert
	Accidents vasculaires Cardio-	Accidents vasculaires Cardio-		ZSTCD	ZSTCD
	Dermatologie	Dermatologie		Consultation Spécialisée (consultation post-urgence)	Admission au SAU
	Endocrinologie	Endocrinologie		Non admis	Non admis
	Gastro-entérites	Gastro-entérites		Non renseignés	Non renseignés
	Neurologie	Neurologie	Provenance	Domicile	Domicile
	Motif médico-judiciaire	Motif médico-judiciaire		EHPAD	EHPAD
	ORL-OPH-Stomatologie	ORL-OPH-Stomatologie		Autre établissement de soins	Autre établissement de soins
	Pneumologie	Pneumologie		Travail	Travail
	Psychiatrie	Psychiatrie		Voies ou lieux publics	Voies ou lieux publics
	Rhumatologie	Rhumatologie		Non renseignés	Non renseignés
	Toxicologie	Toxicologie	Sortie	DCD	DCD
	Traumatologie	Traumatologie		Fugue	Fugue
	Urologie	Urologie		Sans Soins	Sans Soins
	Urgences sociales	Urgences sociales		Sortie	Sortie
	Signes généraux	Signes généraux		Autre hôpital	Autre hôpital
	Non renseignés	Autre motif		Non renseignés	Non renseignés
		Non renseignés			

Sources : APHP-Louis Mourier, CASH-Nanterre Max Fourestier, services des urgences, 2008

II-5-3. Constitution d'une base de données pour un Système d'information géographique (SIG)

- Pour les analyses à la petite échelle (régionale), nous avons obtenu sur le site⁹ de l'Institut Géographique National (IGN France), les fichiers de forme (*shapefiles*) en projection Lambert 93 des limites administratives de la France métropolitaine et des DOM-TOM, des limites régionales (linéaires) et du découpage départemental (zonal). Un lien a été établi entre ces tables et celles des hôpitaux (par jointure attributaire) à partir des codes des départements. La distance parcourue par les patients pour accéder à chacun des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier a été calculée à partir des coordonnées du centroïde du département de résidence du patient et des coordonnées de l'hôpital.
- Pour les analyses à l'échelle de la région Ile-de-France qui regroupe à elle seule 94% (18 340/19 511) des patients de Max Fourestier et 98,7% (11 814/11 972) de ceux de Louis Mourier, nous avons pu obtenir les *shapefiles* du découpage communal de la région Ile-De-France, en projection Lambert II étendu. La distance potentielle parcourue a été estimée à partir du centroïde de la commune de résidence du patient et des centroïdes des villes de Nanterre et Colombes où sont localisés les deux hôpitaux¹⁰.
- La population des personnes sans domicile fixe (SDF) ou sans domicile stable (SDS) a été étudiée à part. Il s'agit d'un effectif de 828 patients ayant consulté à Max Fourestier. Les 8 patients SDF ou SDS recensés à Louis Mourier ont été écartés compte tenu de leur faible effectif.
- Les analyses prévues aux échelles fines des IRIS et quartiers ont nécessité la collecte de données auprès des cellules infographiques des mairies de Nanterre (équipements, découpage en quartiers, découpage IRIS) et de Colombes (équipements, découpage en quartiers, gares, rues, espaces verts, voies ferrées, Seine, communes du 92).

⁹ <http://professionnels.ign.fr/index.do>

¹⁰ L'utilisation de ces datums différents était juste liée à un problème de l'ensemble des données en Lambert 93.

- A Colombes, n'ayant finalement pas eu les adresses des patients de l'hôpital Louis Mourier, nous n'avons pas fait usage de ces données à l'échelle infra communale.
- A Nanterre, ces informations nous ont permis de faire les analyses dans la commune de Nanterre après géocodage.

II-5-4. Géocodage à l'adresse des patients de l'hôpital Max Fourestier

A partir des adresses trouvées sur les fiches de consultation des patients de l'hôpital Max Fourestier, nous avons procédé à un géocodage de l'adresse (avec le soutien de l'Observatoire Local de la Santé de Nanterre), afin de retrouver les coordonnées géographiques. Ainsi, les quartiers et IRIS d'appartenance de 3 177 patients, soit 40,43% des 7 856 patients de la ville de Nanterre dont les adresses étaient disponibles, ont pu être déterminés.

A chaque échelle, des analyses statistiques et des représentations cartographiques ont été effectuées.

II-6- Traitements statistiques et représentations cartographiques

II-6-1. Méthodes statistiques d'analyse des données

Les traitements statistiques ont été effectués sous les logiciels Excel[®] et Philcarto. Nous avons utilisé XLStat, une macro complémentaire de Excel[®] pour les analyses multivariées.

Concernant le premier niveau d'analyse (échelle régionale), seules des analyses univariées ont été réalisées avec chacune des variables recueillies dans les deux hôpitaux. Ceci nous a permis de déterminer le poids des modalités de chacune des variables et d'en cibler certaines pour des analyses à l'échelle de la région Ile-de-France et à l'échelle intra-communale de Nanterre. Pour apprécier la dispersion des valeurs des différentes séries analysées, nous avons utilisé le coefficient de variation (cv). C'est un indice permettant d'apprécier la dispersion relative des valeurs de variables quantitatives ayant des ordres de grandeur différents. Il correspond au rapport entre la moyenne et la moyenne de la série étudiée.

Pour visualiser la distribution des valeurs à observer, des histogrammes sont souvent utilisés. Dans ce cas si ce sont les fréquences relatives qui sont mentionnées en ordonnées, nous reportons sur les barres de l'histogramme les effectifs auxquels se rapportent les fréquences représentées. Nous nous sommes souvent gardé de reporter les effectifs quand le nombre de modalités élevé important et que la lisibilité du graphique s'en trouve affectée.

Aux autres niveaux d'analyse (échelles d'Ile-de-France et intra-Nanterre), après une brève description des patients, nous avons recherché des profils d'individus par rapport à certaines variables des deux bases de données et d'autres relatifs à leur localisation géographique. La méthode d'analyse utilisée pour déterminer les relations entre les différentes caractéristiques des patients est celle des Analyses factorielles des Correspondances Multiples (ACM).

L'ACM est une application particulière des Analyses Factorielles de Correspondance (AFC) qui généralise l'analyse des correspondances, car elle permet le traitement simultané de toutes les variables possibles et dépiste tous les types de liaisons entre les variables (Bry X., 1995). Toutefois, certaines modalités rares (avec de petits effectifs) peuvent modifier le profil, en masquant les tendances globales recherchées par l'analyse. C'est la raison pour laquelle, nous avons chaque fois écarté ces modalités rares, repris l'ACM avant de commenter les profils. De ce fait, les effectifs utilisés pour déterminer les relations entre variables peuvent différer du nombre total de patients de la strate ou de la catégorie d'âge concernée.

Les graphes factoriels issus de l'ACM, les variables sont représentées par des coordonnées correspondant à leur écart par rapport au profil moyen de la série le long d'axes factoriels. Ces axes factoriels étant des facteurs synthétiques résumant la relation entre les différentes variables (Bry X., 1995). Le pourcentage d'inertie ou variance du nuage ou appelé dispersion expliqué par un axe permet d'évaluer la quantité d'informations recueillies par cet axe (Raffestin M., 2005).

Les ACM ont concerné l'ensemble des patients des deux hôpitaux, les patients ayant consulté au sein de leur commune de résidence, ceux ayant parcouru des distances potentielles de 5 km et de plus de 5 km pour accéder aux soins. A l'intérieur de chaque strate, d'autres ACM ont été réalisées sur les patients de 15 à 69 ans et ceux de 70 ans et plus, afin de déterminer des groupes homogènes de patients vis-à-vis des différentes variables d'analyse.

La traumatologie étant le principal motif de consultation, nous nous sommes penché sur les patients ayant consulté pour ce motif, afin d'en déterminer des profils.

Dans la commune de Nanterre, en plus de profils de patients par quartier, nous avons procédé à une classification des Ilots Regroupés pour l'Information Statistique (IRIS). Pour cela, nous avons réalisé des Analyses en Composantes Principale (ACP), suivies d'une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH).

L'ACP est réalisé avec des caractères quantitatifs continus, contrairement à l'ACM. Elle permet de détecter que les corrélations entre variables et non les ressemblances entre individus. Les différentes variables sont représentées dans un cercle de corrélations sur les axes factoriels. Plus le coefficient de corrélation d'une variable est proche en valeur absolue de 1, plus cette variable est bien représentée sur axe. Avant toutes choses, les données sont centrées et réduites, c'est-à-dire que chaque variable a une moyenne nulle et une variance égale à 1 (Raffestin M., 2005) Cette étape permettant de mettre en exergue l'existence de liens entre variables doit précéder la classification ; s'il n'existe aucune structure perceptible entre les variables, la CAH n'est finalement pas pertinente.

L'ACH permet de regrouper les IRIS qui sont les plus proches dans un nombre restreint de classes. L'objectif est d'obtenir une subdivision de sorte que les unités spatiales appartenant à une même classe se ressemblent plus que celles qui n'appartiennent pas à une même classe.

Un arbre hiérarchique appelé (dendrogramme) permet de repérer les pertes d'inerties à chaque fusion de classes et de déterminer le nombre de classes à conserver. Nous avons coupé le dendrogramme à un point où la perte d'inertie nous semblait importante.

Pour apprécier les variables qui éloignent ou rapprochent les classes les unes des autres, c'est-à-dire ce qui les caractérise les unes vis-à-vis des autres, nous avons analysé le graphique du profil moyen des classes. Ce graphique donne pour chacune des variables, la distance de la moyenne de chaque classe à la moyenne de l'ensemble. Cette distance est exprimée en écart-type de chaque variable (Waniez P., 2004).

Pour les personnes sans domicile fixe, les ACM ont été réalisées sur les patients de 15 à 34 ans, les patients de 35 à 69 ans et ceux de 70 ans et plus pour dégager des profils.

II-6-2. Les méthodes de représentation cartographique

Les traitements cartographiques ont été effectués à l'aide des logiciels ArcView 3.2a, Philcarto et Adobe Illustrator pour la mise en page des cartes réalisées avec Philcarto.

Des cercles de rayons proportionnels ont servi à représenter les effectifs (valeurs quantitatives discrètes) sur les cartes.

Pour la réalisation des cartes en plages de couleurs (relatives à des valeurs quantitatives continues), deux méthodes de discrétisation ont été utilisées : la discrétisation par la méthode des seuils naturels et la discrétisation en classes d'effectifs égaux.

Au niveau régional, afin de faciliter les comparaisons entre les deux hôpitaux, la méthode des seuils naturels a été privilégiée. Cette méthode permet d'obtenir des classes qui conservent la forme de la distribution à analyser. En tenant compte de la distribution des valeurs au sein chaque variable d'analyse à représenter, les mêmes seuils étaient appliqués aux deux séries (Max Fourestier et Louis Mourier). C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles le nombre de classes utilisées pour les représentations variait souvent. L'intérêt de cette méthode de conserver la forme de la distribution de la série étudiée. Dans notre cas, comme il s'agit de comparer des séries qui peuvent avoir différentes formes, nous repérons les discontinuités que nous retenons comme bornes de classes sur les séries à comparer.

Au niveau de la région d'Ile-de-France, les cartes de profils ont dans un premier temps été inspirées d'un découpage en classes d'égales effectifs. Les patients étant regroupés suivant leur position dans le plan factoriel. Nous nous sommes intéressés aux communes de résidence des 60% de patients qui participent le plus à la construction des profils de patients mis en exergue par l'ACM. Il s'agissait d'analyser la répartition 30% de l'ensemble des patients qui participent à la construction du profil le plus à gauche du graphe factoriel (coordonnées négatives) et des 30% qui participent à la construction du profil le plus à droite du plan factoriel (ces patients ont des coordonnées positives).

Des gammes de couleurs (froides pour les coordonnées positives et chaudes pour coordonnées positives) ont ensuite été utilisées pour représenter les fréquences relatives de patients par commune de résidence. En second lieu, la méthode des seuils naturels a été appliquée à chaque type de profils pour identifier les communes surreprésentées et celles qui sont sous représentées.

A l'échelle intra-Nanterre, la carte issue de l'ACP nous a permis de visualiser les localités dans lesquelles des relations existent entre certaines variables contextuelles et/ou individuelles. A ce niveau, les seuils de classes sont déterminés automatiquement par le logiciel Philcarto.

A l'issue de la classification des IRIS, par la méthode de la CAH, nous avons retenus 8 classes. Les plages de couleurs correspondent à ce niveau, des variables nominales.

Partie II

ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE DES SERVICES D'URGENCE DES HOPITAUX MAX FOURESTIER ET LOUIS MOURIER : DE L'ECHELLE REGIONALE A L'ECHELLE INFRA COMMUNALE

Dans cette partie, nous ferons dans un premier temps, une présentation globale des communes de Nanterre et de Colombes, villes de localisation des deux hôpitaux dont les patients font l'objet de notre étude. Nous nous attacherons ensuite à identifier les régions de résidence et à décrire les principales caractéristiques de ces patients à l'échelle de ces régions. Nous rechercherons enfin des profils de patients suivant leur niveau d'accessibilité SU des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier.

Chapitre I :

Détermination des espaces médicaux des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier, deux aires d'influence couvrant tout le territoire français en 2008

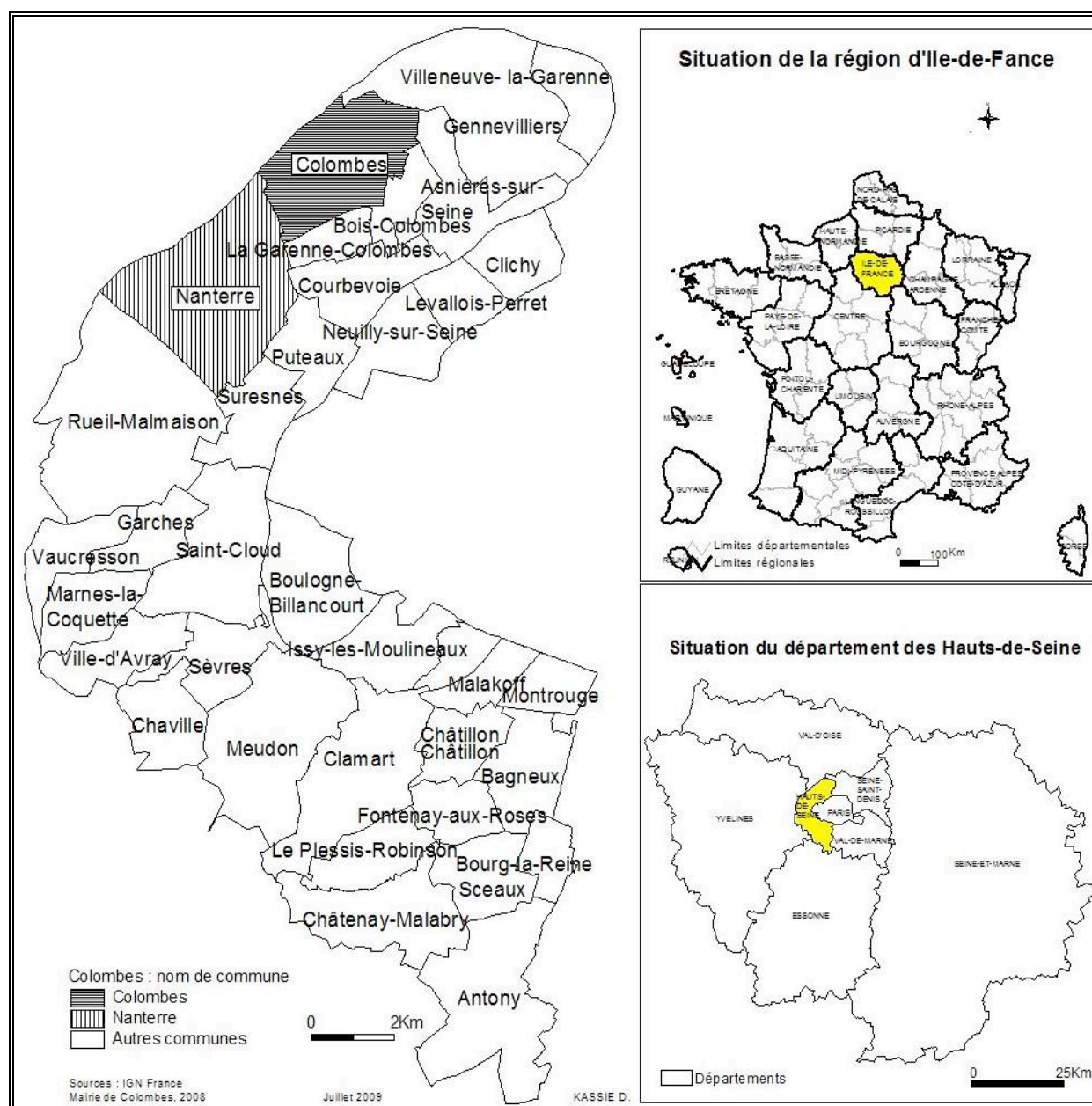
Ce chapitre sera consacré d'abord à la présentation succincte des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier ainsi que des deux communes de Nanterre et Colombes. Ensuite, seront mises en exergue les principales caractéristiques des patients suivant leurs régions de résidence.

I- Nanterre et Colombes, des communes abritant deux établissements engagés dans un processus de complémentarité de l'offre de soins médicale

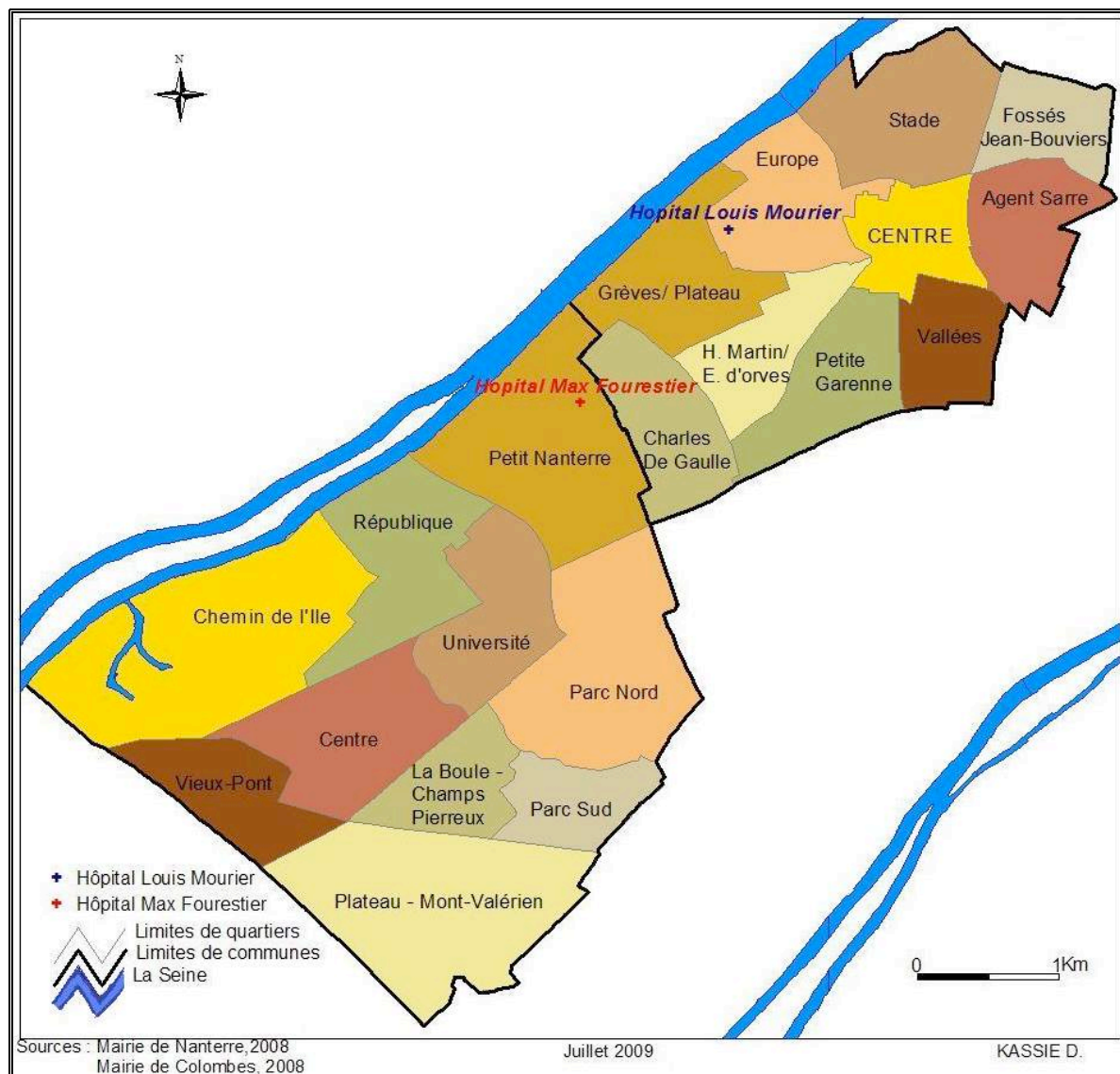
Les communes de Nanterre et Colombes sont toutes deux situées dans le département de Hauts-de-Seine, un des huit départements de la région Ile-de-France (Carte n°1).

Ces deux communes abritent en leur sein diverses entités administratives, dont les hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier. Outre la continuité des deux villes, il existe une certaine proximité spatiale et institutionnelle, voire populationnelle, entre les hôpitaux, leurs patients venant essentiellement des villes de Nanterre et de Colombes (CASH de Nanterre, 2008).

Afin de comprendre la spécificité et la complémentarité de certains services (notamment les services d'urgence), il nous semble important de présenter non seulement les deux communes, mais aussi les deux hôpitaux dans leur ensemble.



Carte 1 : Situation géographique des communes de Nanterre et de Colombes



Carte 2 : Localisation des Hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier au sein communes de Nanterre et Colombes

I-1-Aperçu des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier au sein communes de Nanterre et Colombes

I-1-1. Présentation de la ville et du Centre de Soins Hospitaliers de Nanterre

La ville de Nanterre est la capitale du département des Hauts-de-Seine. Elle appartient à la proche couronne de l'Ouest Parisien et se situe à l'intérieur de la deuxième boucle de la Seine après Paris. Parmi les communes du département des Hauts-de-Seine, après la commune de Boulogne-Billancourt (106 367 habitants), Nanterre est la ville la plus peuplée, avec 84 270 habitants en 1999. Elle abritait 84 270 habitants en 1999 et près de 86 700 habitants en 2007,

selon les estimations de l'INSEE (Mairie de Nanterre, 2008). Depuis 1968, la forte fluctuation de population que connaît Nanterre est en partie attribuée aux personnes vivant dans les établissements et collectivités (cité universitaire, foyer de travailleurs, Maison de Nanterre, etc.), dont les effectifs s'établissaient à 4 819 en 1962, 12 819 personnes en 1975 et 4 967 résidents en 1999. Quant à la population de la commune elle s'établissait respectivement à 90 332 habitants en 1968, 95 032 en 1975, 88 578 en 1982, 84 528 en 1990 et 84 270 habitants en 1999 (INSEE, 1999).

La population de Nanterre demeure majoritairement jeune en dépit de la part croissante des personnes âgées. Au total, 72 371 personnes, soit 85,88% de la population totale étaient couvertes par la sécurité sociale en 1999. Les bénéficiaires d'une Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) se chiffraient alors à 8 519 personnes, soit 10,11% de la population totale et 11,77% des personnes couvertes (CNAM, 2007). En dehors des grandes zones d'activité, la population est inégalement répartie au sein du territoire structuré depuis 2008 en 10 quartiers et 38 IRIS aux caractéristiques socio spatiales variable.

En remplacement des contrats de villes, le Comité Interministériel des Villes, a lancé en mars 2006, les Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS). Opérationnel depuis janvier 2007, les contrats visent à donner un cadre d'action plus clair, lisible et opérationnel pour tous les acteurs locaux intervenant en faveur des habitants des quartiers en difficulté. En 2008, près de 450 CUCS étaient signés en France, pour les populations d'environ 1 900 quartiers (Mairie de Colombes, 2008).

Dans ce cadre, quatre quartiers prioritaires ont été identifiés à Nanterre. Il s'agit des quartiers : du Parc (22 000 habitants), de l'Université (10 200 habitants), du Chemin de l'île (11 500 habitants) et du Petit Nanterre (8 200 habitants) (Mairie de Nanterre, 2008).

Sur le plan économique, Nanterre était en 2007, le deuxième pôle économique après Boulogne-Billancourt. C'est une ville qui constitue à la fois un important pôle économique - avec en 2007, 5000 établissements, plus de 72 904 emplois-, culturel (scène nationale du théâtre des Amandiers, école de danse de l'Opéra National de Paris, la maison de la musique, conservatoire de musique et de danse, etc.). C'est également un carrefour sportif (palais des sports Maurice Thorez, centre sportif Voltaire, etc.) et un pôle d'enseignement supérieur avec l'Université Paris Ouest Nanterre-La-Défense et ses 35 000 étudiants (Mairie de Nanterre, 2007).

Le territoire communal de Nanterre est composé de 10 quartiers qui s'étendent sur une superficie totale de 1 220 hectares, où sont bâtis plus de 34 000 logements (carte 2). La commune de Nanterre est bordée par les villes de Carrières-sur-Seine et Chatou à l'ouest, Rueil-Malmaison et Suresnes au sud, Puteaux, Courbevoie et la Garenne-Colombes à l'est, Bezons et Colombes au nord.

Le Centre d'Accueil de Soins Hospitaliers (CASH) de Nanterre porte un héritage historique prégnant avec l'accueil et les soins aux personnes démunies qui constitue la mission traditionnelle des hôpitaux. Situé à une dizaine de kilomètres au nord ouest de Paris, cet établissement créé en 1887, était à l'origine une prison pour pauvres, où étaient incarcérés des coupables du délit de vagabondage et de mendicité (Declerck P., 2001).

La loi du 30 juin 1975 qui a entériné la médicalisation des hôpitaux français en séparant le social et le sanitaire n'a pas touché le centre d'accueil de Nanterre. En effet, à cette date la structure n'était administrativement qu'un dispensaire (Ducas-Dany E., 2005).

Toutefois, avec les dispositions de l'article 40 de la Loi n°89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social, la « Maison Départementale de Nanterre » a été transformée en établissement public de la ville de Paris à caractère social et sanitaire dénommé « Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers » de Nanterre (Descheemaeker C., 2005a).

Son unité de soins infirmiers, destinée au départ aux indigents où des religieuses dispensaient soins et compassion, s'est progressivement transformée en consultations médicales, avant de s'individualiser en services médicaux d'hospitalisation pour devenir enfin une structure hospitalière complète le 5 mars 1992 : l'hôpital Max Fourestier (Moutel G., Hervé C., 2005).

Le CASH de Nanterre demeure le seul établissement hospitalier en France où le social et le sanitaire sont inextricablement liés (Descheemaeker C, 2005a). Ainsi, il remplit à la fois, des fonctions sanitaires et sociales (Benoist Y., 2009).

- Le secteur social est structuré autour de 3 pôles :

- un pôle « personnes âgées » qui comprend une maison de retraite (248 lits) et une coordination gériatrique ;
- un pôle hébergement et urgence sociale qui comprend le Centre d'Hébergement et d'Assistance pour Personnes Sans Abri (CHAPSA) d'une capacité de 250 places et 50 lits Halte Soins Santé qui est un service d'hospitalisation à domicile ;

- un pôle insertion et accueil. Il regroupe le Centre d'Aide par le Travail (CAT de 35 places), un service d'accompagnement social, le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS de 120 places mises en œuvre), le Service d'Accueil et d'Orientation (de 45 places dont 29 places installées), une résidence sociale (56 places), un hôtel social de 7 logements, et un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale de Longue Durée (CHRS-LD) de 320 places.

A ces trois pôles, s'ajoute un Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA) de 80 places.

- Quant au secteur sanitaire, il est constitué par l'hôpital de proximité Max Fourestier qui comprend 172 lits de médecine, 65 lits de chirurgie dont 5 en ambulatoire, 25 lits pour l'obstétrique, 25 lits (et 42 places) pour la psychiatrie et 15 lits pour les Soins de Suite et de Réadaptation.

Le service d'accueil des urgences qui fait l'objet de notre étude est rattaché au pôle sanitaire. Le rôle d'accueil d'urgence de tout malade n'a en réalité jamais disparu des textes ni des discours officiels. C'est dans ce service qu'a d'abord été constatée l'émergence de la pauvreté et de la précarité, du fait de l'affluence de nombreux patients n'ayant pas accès aux praticiens généralistes ou aux soins de ville (Ducas-Dany E., 2005).

De par son histoire, le centre de soins hospitaliers de Nanterre est un établissement de proximité car en 2003, près de 90% des patients provenaient du département et 55% de la ville. Il assume en outre, une mission de service public spécifique de prise en charge des plus démunis : 15% des patients hospitalisés sont des personnes sans domicile fixe provenant des urgences, du CHAPSA ou du centre d'accueil. Ces patients génèrent 16% des séjours et 26% des journées. L'activité de la maison de retraite est demeurée stable, avec un taux d'occupation de 95,8% en 2003 (Descheemaeker C, 2005b).

Au titre de l'année 2003, le nombre de journées MCO s'élevait à 6 548 pour 12 287 entrées dont 11 154 entrées directes. Le taux d'occupation s'établissait à 79,5% en 2003 et la durée moyenne de séjour était de 5,3 jours. L'activité MCO était alors en progression par rapport à 2002. L'activité en psychiatrie est restée stable en 2002 et 2003 avec 425 entrées en hospitalisation complète (Descheemaeker C, 2005a).

D'après le rapport d'activité de l'hôpital de 2004, près de 40% des entrées en médecine ont été faites par les urgences dont 72% pour la médecine interne et 32% des admissions en chirurgie dont 54% pour la chirurgie orthopédique. Pour la psychiatrie, les urgences ont servi de porte d'entrée à 38% des patients (Ducas-Dany E., 2005).

A la fin des années 1990, l'hôpital a fait l'objet de profondes restructurations pour mieux répondre aux besoins des populations de son territoire de santé : développement de l'ophtalmologie, de la diabétologie, de la chirurgie orthopédique, de la cardiologie et de l'obstétrique. C'est dans ce contexte de restructuration que l'établissement s'est engagé dans un projet de convergence médicale avec l'hôpital Louis Mourier de Colombes.

Dans une perspective de satisfaction des besoins de soins, particulièrement les prises en charge chirurgicale et médicales de leurs patients, ces hôpitaux, comme nous l'avons déjà souligné, ont formé un syndicat inter hospitalier (SIH). Selon le Haut Comité de Santé Publique (Haut Comité de Santé Publique, 1998), l'accroissement du nombre de recours aux services d'urgence traduit à la fois une reconnaissance de la qualité des soins prodigués par ces services mais aussi les difficultés sociales et organisationnelles qui entravent l'accès aux autres secteurs du système de soins. Une des conditions de maintien et d'amélioration de la qualité semble être la professionnalisation de la médecine d'urgence.

Les urgences adultes et pédiatriques faisant partie des services qui sont gérés conjointement par les hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier, la prise en charge de la quasi-totalité des patients qui s'y présentent fait appel à toutes les compétences et moyens nécessaires de ces deux sites.

I-1-2. Localisation de l'Assistance Hôpitaux Publique de Paris Louis Mourier dans la ville de Colombes

La ville de Colombes quant à elle, représente la 5^e ville du département des Hauts-de-Seine. Ce territoire connaît également un développement économique rapide lié à la proximité de la Défense. Troisième ville industrielle des Hauts-de-Seine, elle abrite d'importants sites d'activité localisés essentiellement au nord et au sud ouest. C'est à Colombes que se trouve la plus grande cité pavillonnaire de la petite couronne parisienne. Au sein de ce tissu pavillonnaire, un réseau de petites entreprises (dont 90% ont moins de 20 salariés) bien implantées participe à l'animation de l'activité économique de la ville. En 2008, un total de 25 245 emplois y ont été dénombrés (Mairie de Colombes, 2008).

La ville de Colombes est constituée de 10 quartiers (Carte 2) couvrant sur une superficie de 795 hectares, occupés par une population de 76 690 habitants en 1999 (INSEE¹¹, 1999) et 82 698 en 2009. Colombes est le chef lieu des cantons de Colombes-Nord-ouest, Colombes-sud, Colombes-Nord-est et appartient à l'arrondissement de Nanterre. Les communes limitrophes sont Colombes Gennevilliers au nord, Nanterre au sud-ouest, Asnières et Bois-Colombes au sud-est, Bois-Colombes et La Garenne-Colombes au sud ainsi qu'une commune du Val d'Oise à l'ouest, Argenteuil (Carte°1).

Inauguré le 1er octobre 1971, l'hôpital Louis Mourier est l'un des établissements de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris qui fait partie du CHU Xavier Bichat. Il est situé sur le territoire de santé 92-3, une entité formée par les villes de Colombes, Bois-Colombes, Gennevilliers, Nanterre, Neuilly-sur-Seine, Levallois-Perret, Clichy, Villeneuve-la-Garenne, Courbevoie et Asnières (Peschet I., 2008). L'hôpital Louis Mourier est le 15ème établissement de l'AP-HP accrédité (Louis Mourier, Groupement universitaire nord, 2008). Il a une capacité totale de 569 lits et places répartis autour de plusieurs pôles d'activité : pédiatrie, néonatalogie et gynécologie-obstétrique (68 places), pôle digestif médico-chirurgical (237 places pour la médecine et 52 pour la chirurgie), services de médecine interne et de réanimation, service de psychiatrie, pôle gériatrique avec une unité de soins de longue durée.

I-2- Accessibilité physique des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier au sein des communes de Nanterre et Colombes

Au sujet de l'accessibilité physique, deux échelles d'analyse peuvent être prises en compte : l'accessibilité physique aux communes de Nanterre et de Colombes et l'accessibilité physique, à l'intérieur de chacune d'elle, aux hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier. Que ce soit à l'une ou l'autre des deux échelles, les modes de transport sont le plus souvent utilisés comme variable d'appréciation.

Le secteur des transports est généralement considéré comme un facteur fondamental du développement des territoires. Il facilite à la fois la mobilité intra et inter communale. Dans la

¹¹ INSEE, Recensement général de la population, 1999

double perspective de la hausse des coûts de l'énergie et des objectifs annoncés en matière de réduction des émissions de gaz à effet de serre, ce secteur tend à être reconsidéré par plusieurs acteurs locaux. L'accent est désormais mis sur une approche plus optimisée du recours aux transports collectifs, sur une diversification de l'offre et des modes de transport plus économes en énergie. Pour cause, le secteur des transports est en France le premier poste en termes d'émissions de gaz à effet de serre, avec 27 % des émissions totales (Mairie de Colombes, 2008). Reconnus comme sources de nuisance et de pollution atmosphérique, les déplacements motorisés sont aussi consommateurs d'espace et générateurs d'accidents corporels.

En dépit de ces inconvénients, force est de reconnaître que la mobilité favorise les relations commerciales et les échanges indispensables à la croissance économique de chaque territoire et se positionne comme le moteur de l'accès au territoire, à l'emploi, au savoir et aux infrastructures de santé. Les deux villes de Nanterre et Colombes disposent chacune d'un réseau de communication étoffé, propice aux mouvements des populations.

Le territoire de Nanterre est sillonné par d'importantes infrastructures routières et ferrées à vocation régionale (Carte 3). Ces infrastructures qui représentent un atout en matière d'accessibilité sont souvent perçues comme des contraintes en ce sens qu'elles engendrent des coupures à l'échelle des quartiers. Les déplacements par véhicules particuliers occupent une part importante des flux de transport internes par rapport aux transports en commun ; ce qui pose souvent des problèmes de stationnement, selon certains usagers du service des urgences. Les trois gares (Nanterre Préfecture, Nanterre Université et Nanterre Ville) du réseau RATP et SNCF jouent un rôle non négligeable dans la desserte de la ville par les transports en commun (Mairie de Nanterre, 2007).

Les déplacements en transport en commun dans la ville via le réseau routier sont assurés par 14 lignes de bus, dont 3 nocturnes (159, 258 et 304). La ligne 304, facilitant la liaison entre les Hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier, fonctionne de 5h00 à 2h00 du matin (Photographies 1, 2, 3). Elle présente par ailleurs une fréquence assez bonne et joue un rôle structurant dans le réseau des bus des Hauts-de-Seine en ce sens qu'elle dessert de nombreuses zones d'emplois et d'habitat de Nanterre, Colombes, Asnières, Gennevilliers et Bois-Colombes. Elle établit une bonne liaison entre les hôpitaux Louis Mourier et Max Fourestier, même si elle connaît souvent quelques problèmes de surcharge aux heures de pointe.



Photographie 1 : Porte d'entrée de l'hôpital Max Fourestier



Photographie 2 : Porte d'entrée de l'hôpital Louis Mourier

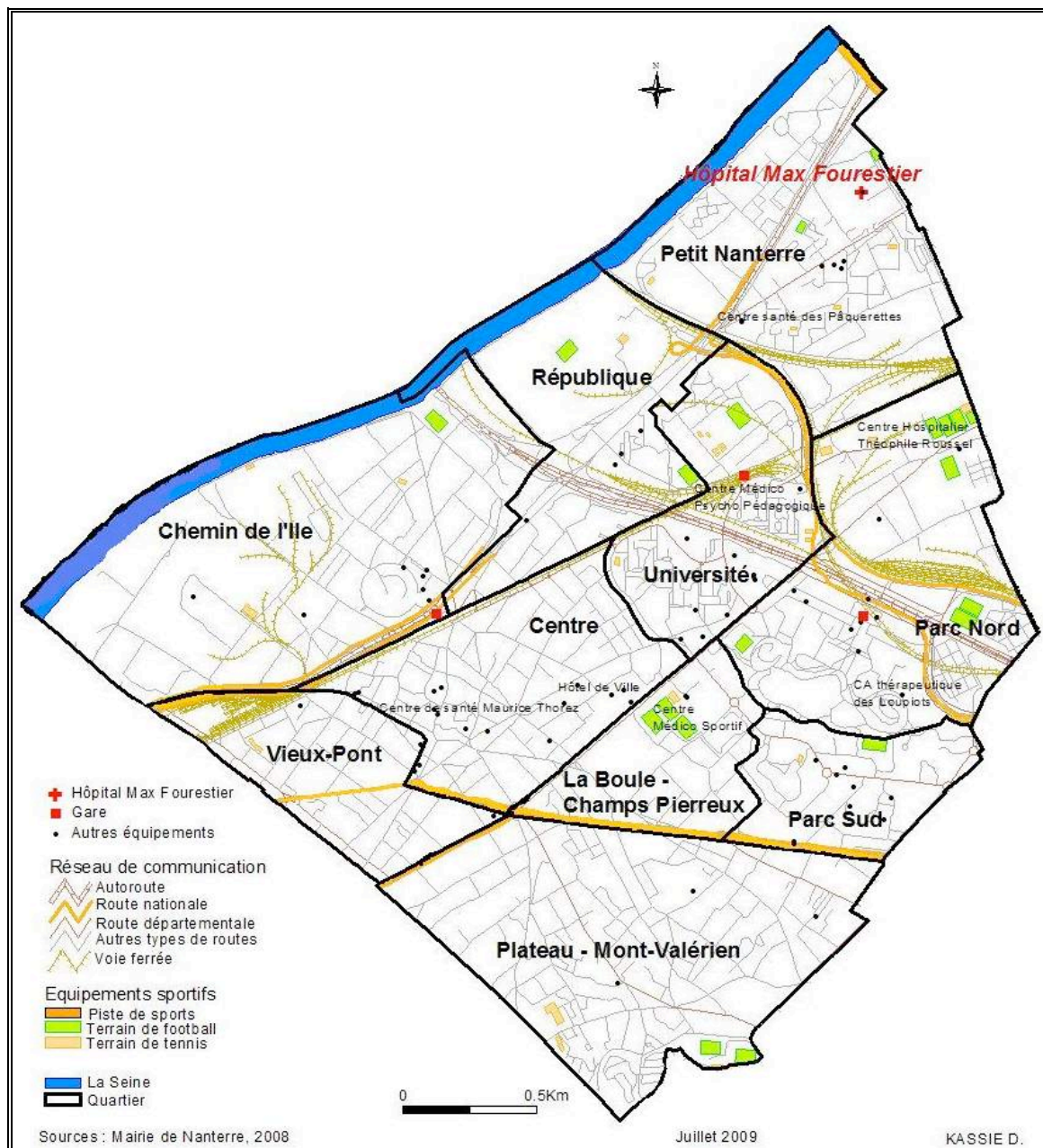


Photographie 3 : Arrêt du bus 304 devant l'hôpital Max Fourestier. En Arrière plan, se trouve le bâtiment de la logistique et des archives médicales de l'hôpital. Ce bus relie « Nanterre Place La Boule » (point de contact entre les quartiers du Centre, du Vieux Pont, et du Plateau Mont Valérien) et est en direction des « Courtilles Métro » (de Paris). Il dessert les arrêts « hôpital de Nanterre » et « hôpital de Colombes ».

Cliché : Kassié D., Enquêtes de terrain, avril 2009

La RATP a mis en place en 1992, une « mission de lutte contre l'exclusion » qui propose aux personnes qui ont trouvé refuge dans ses emprises souterraines et sur la voie publique en période de « grand froid » de les conduire vers les services adaptés à leur état (hôpital, accueil de jour, centre d'hébergement). Pour cela, « un service de recueil social » dispose de plus de 60 agents et d'une flotte de quatre autobus et de quatre minibus. Depuis 2002, une convention entre la RATP le CASH de Nanterre garantit 60 à 70 places tous les soirs, facilitant ainsi l'accès à cet hôpital par les personnes en situation précaire (Cour des comptes, 2007). Il existe deux autres types de « recueil social » de ces personnes en situation de précarité : le SAMU social et la Brigade d'Assistance aux personnes Sans Abri (BAPSA) qui est le mode le plus

utilisé. A l'origine l'action de la BAPSA était coercitive et elle pouvait conduire de force les SDF, ce qui n'est plus possible depuis la réforme du code pénal de 1994¹² (Benoist Y., 2009).



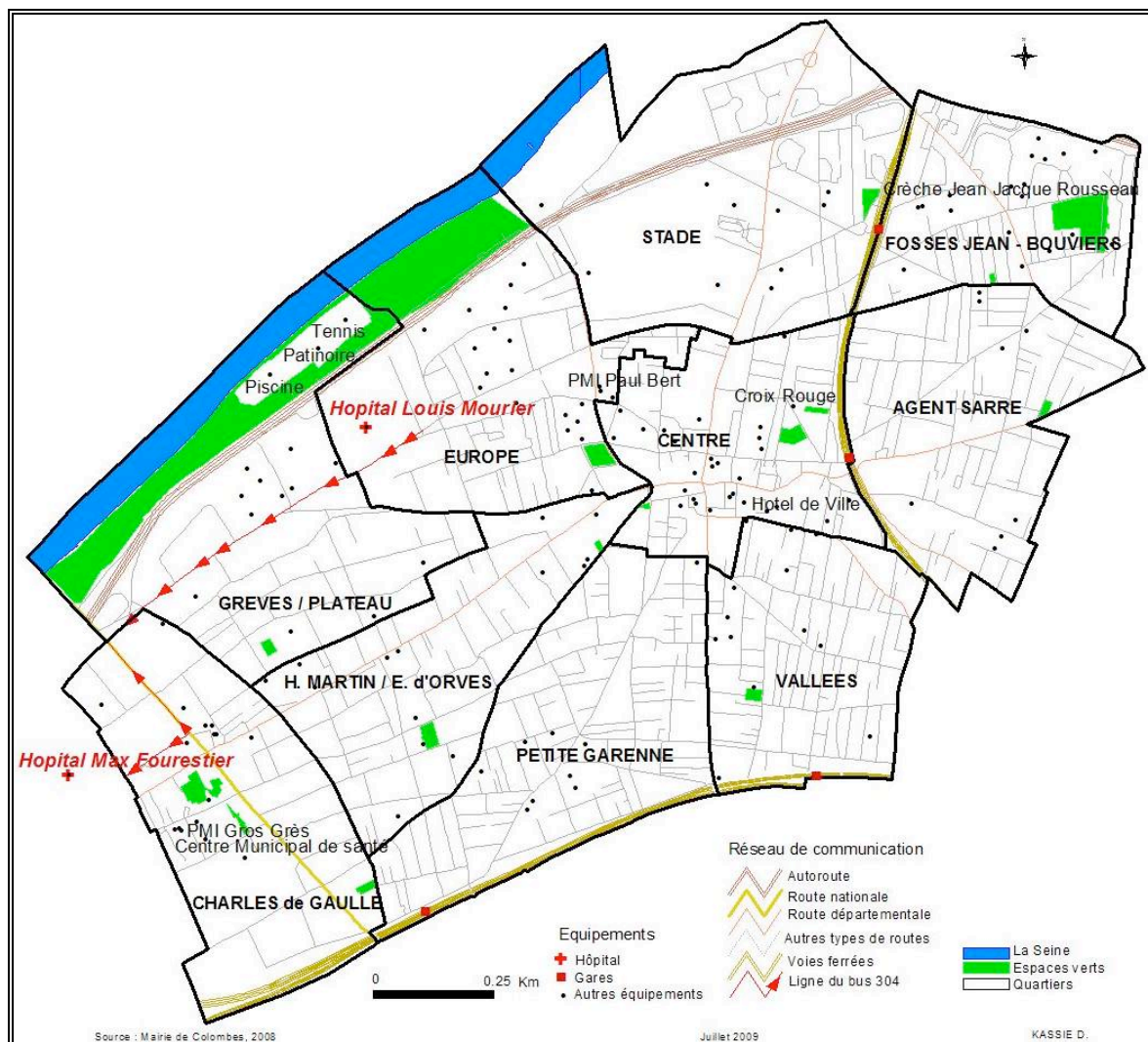
Carte 3 : Réseau de communication de Nanterre et accessibilité physique de l'hôpital Max Fourestier

La ville de Colombes, est riche d'un réseau routier de 133,3 km¹³ dont environ 15% de routes nationales et départementales et 23% de voies privées. Le réseau ferroviaire de la

¹² L'auteur précise que dans le pratique, tout comme le SAMU social et la RATP, la BAPSA exerce des fonctions à la fois, des fonctions humanitaires, coercitive et de maintien de l'ordre (Benoist Y., 2009, p.24).

¹³ Ce total est obtenu en faisant la somme de l'ensemble des tronçons de routes de la ville, indépendamment de leur nature (autoroute, bretelle d'autoroute, route nationale, route départementale, route communale, route

commune est d'environ 19,8 km. Outre l'importante place encore prépondérante de la voiture individuelle, la ville dispose de 4 gares SNCF, de 16 lignes de bus dont la 304 (Carte 4). Cet important réseau de communication sera enrichi avec l'arrivée prochaine du tramway T2 prévue pour 2011-2012.



Carte 4 : Réseau de communication de Colombes et accessibilité physique de l'hôpital Louis Mourier

Les deux hôpitaux Max Fourestier (au nord de la commune de Nanterre) et Louis Mourier (à l'ouest de la ville de Colombes) sont facilement accessibles aux populations par

privée) et des routes dont le type n'est pas précisé dans la base de données qui nous été fournie par la mairie de Colombes.

différents modes de déplacement. L'autoroute A86 qui traverse Nanterre, relie Rueil-Malmaison à Colombes. A ces différents moyens d'accès aux hôpitaux, s'ajoutent les véhicules de secours d'urgence.

La bonne desserte par les réseaux de transport, les activités économiques qui sont développées dans les villes de Nanterre et Colombes en font des villes attractives. De ce fait, il est possible que certains usagers des services d'urgences des hôpitaux soient des personnes travaillant dans les deux communes c'est-à-dire des patients en provenance de leur lieu de travail qui ne résident pas dans l'une ou l'autre des communes, des personnes résidant à proximité ou dans l'une des deux communes. Il peut s'agir dans ce cas de patients venant directement de leur domicile.

Une offre de soins d'urgence et l'accessibilité physique à cette offre ne justifiant pas toujours le recours qui peut être multifactoriel (choix individuel, facteurs sociaux, culturels, ou médicaux). Il est nous semble ainsi important de préciser les zones de résidence des usagers des deux services d'urgence de sorte à nous éviter de tomber dans un déterminisme de la distance dans le recours aux soins d'urgence.

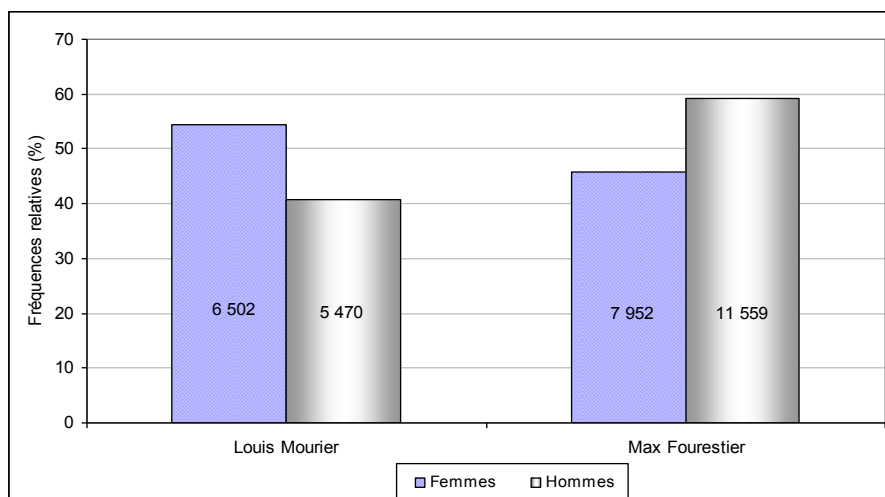
II- Des disparités régionales dans le recours aux soins d'urgence à Max Fourestier et Louis Mourier

Dans l'optique de cerner les différences de distribution spatiale, les observations que nous faisons dans cette partie se rapportent aux données agrégées par région de provenance des patients des deux SU.

Les hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier, bien qu'ayant des statuts juridiques différents, se présentent comme des structures ayant un rayonnement national. En effet, l'hôpital Louis Mourier est centre hospitalier universitaire, tandis que l'hôpital Max Fourestier a le statut de centre hospitalier général. Ils font partie des 29 CHU et CHR de la France métropolitaine (Drees, Statistiques annuelles santé, 2007) et leurs patients se recrutent aussi bien en France métropolitaine que dans les domaines d'outre-mer. Toutefois, un effet local semble s'exprimer dans les deux cas car plus d'un patient sur dix réside en Ile de France : 94% à Max Fourestier et 98,8% à Louis Mourier. Cette inégalité spatiale influencera à n'en pas douter les distributions régionales des différentes variables à analyser, d'où l'intérêt d'un changement d'échelle pour mieux appréhender la géographie du recours aux soins d'urgence en Ile-de-France.

II-1. Des hommes à Max Fourestier et des femmes à Louis Mourier : répartition suivant le sexe

On constate que 59,3% (11 559/19 511) des patients de Max Fourestier sont des hommes tandis qu'à Louis Mourier, 54,3% (7 952/19 511) sont des femmes (Graphique 1).



Source : CASH-Nanterre, APH-P Louis Mourier, service des urgences, 2008

Graphique 1 : Répartition des patients des deux hôpitaux par sexe

Dans aucun des deux hôpitaux, au regard des indices de dispersion relative, il n'apparaît pas de régions particulières de recrutement des hommes ou des femmes. La dispersion des patients (hommes et femmes) par hôpital ne montre pas de différences marquées. En effet, les coefficients de variation qui sont des indices de dispersion relatives, calculés à Max Fourestier indiquent respectivement 4,65 pour les hommes et 4,74 pour les femmes. A Louis Mourier, ils sont respectivement de 4,93 (pour les hommes) et de 4,94 (pour les femmes).

Une analyse croisée du sexe et de la région de résidence indique que plus de la moitié des patients du SU de Louis Mourier (53,7%, soit 6 431/ 11 972 patients) sont des femmes qui habitent en Ile-de-France. Quant aux femmes de la région Ile-de-France qui se sont rendues à Max Fourestier pour des soins urgents, elles représentent 38,7% (7 563/19 511) des consultants de cet hôpital.

45,1% (5 397/11 972) des patients de Max Fourestier et 55,24% (10 777/19 511) de ceux de Louis Mourier sont des hommes qui résident en Ile-de-France. Les autres régions telles que le Nord pas de Calais, l'Alsace-Lorraine, la Haute Normandie, Rhône Alpes,

Provence Alpes Côte d'Azur, le Centre et l'Aquitaine n'abritent chacune qu'une dizaine de cas. Ces quelques cas pourraient être simplement des personnes ayant rencontré des problèmes de santé au cours de leur passage en Ile-de-France. Il est possible qu'elles n'aient pas été confrontées depuis leur lieu de résidence jusqu'en Hauts-de-Seine. A ce sujet, l'analyse des communes de résidence des patients des deux hôpitaux montre qu'ils résident majoritairement dans les communes où ils sont implantés. Or, la structure de la population générale des deux communes révèle qu'elles sont majoritairement féminines : 50,1% (42 198/84 270) à Nanterre et 51,8% (39 698/76 690) à Colombes. La forte part masculine de la population consultante à Max Fourestier pourrait s'expliquer en partie par le nombre important d'hommes sans domicile fixe qui recourent à ce service (71%, soit 588/828).

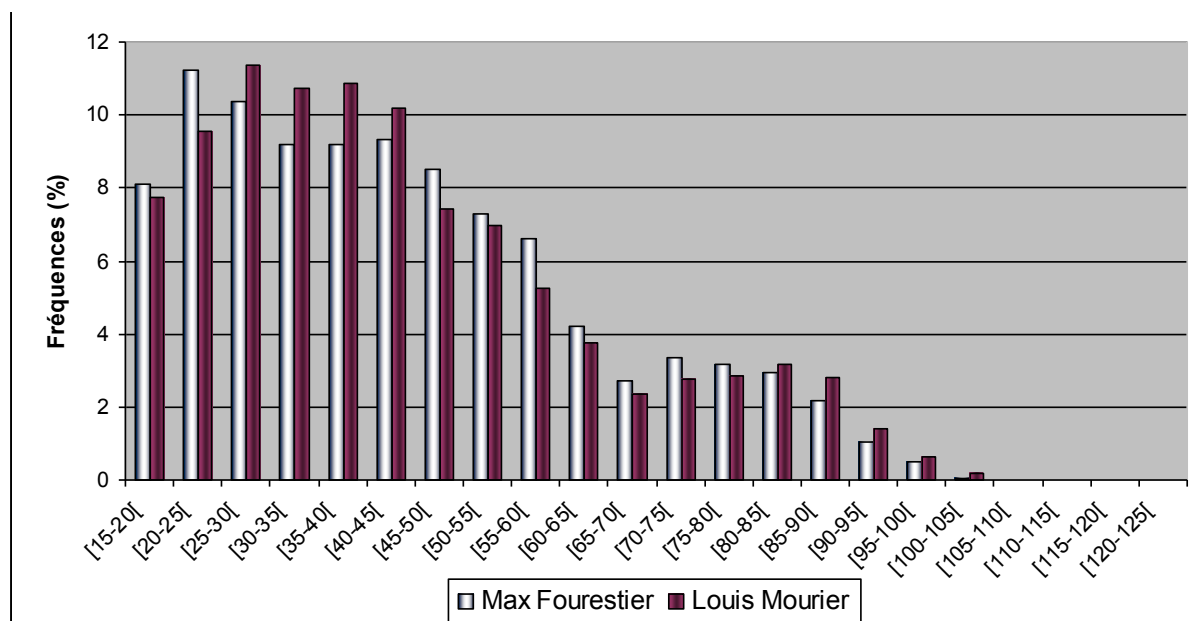
Suivant des régions de résidence des patients des deux hôpitaux, il n'apparaît pas de disparités spatiales marquées, vu que les patients (hommes ou femmes) se recrutent essentiellement dans les mêmes régions (faible différences entre indices de dispersion relative). Toutefois, en considérant la part des hommes et des femmes dans la population totale des patients de chaque hôpital, il apparaît que les femmes sont plus représentées que les hommes à Louis Mourier. C'est la situation inverse qui se présente à Max Fourestier.

II-2. Deux populations aux âges moyens semblables

L'âge moyen des usagers est de 43 ans à Max Fourestier et de 44 ans à Louis Mourier. Les effectifs par tranches d'âges indiquent pour les deux hôpitaux, une possibilité de regroupement en deux sous-ensembles : les patients de 15 à 69 ans, et ceux âgés de 70 ans et plus (Graphique 2).

Dans le premier groupe, ce sont les patients de 20 à 25 ans (2 195/19 511, soit 11,3%) à Max Fourestier et ceux de 25 à 30 ans (1 144/11 972, équivalant à 11,4%) à Louis Mourier qui sont les plus représentés. Pour le second sous-ensemble, les personnes âgées de 70 à 75 ans sont les plus nombreuses (3,4%, soit 657/19 511) à Max Fourestier alors qu'à Louis Mourier, il s'agit des patients de 80 à 85 ans (3,1%, équivalant à 379/11 972 patients). Il n'y a pas de différence notable de dispersion des valeurs entre ces deux sous-groupes, que ce soit à Louis Mourier ou à Max Fourestier. Les indices de dispersion relative étant à Louis Mourier de 4,93 chez les 15 à 69 ans et de 4,94 chez les patients âgés d'au moins 70 ans. Ils sont à Max Fourestier de 4,67 (chez 15 à 69 ans) et de 4,8 chez les personnes de 70 ans et plus.

Nous conduirons ensuite nos analyses sur ces deux groupes d'âge à l'échelle des communes d'Ile-de-France.

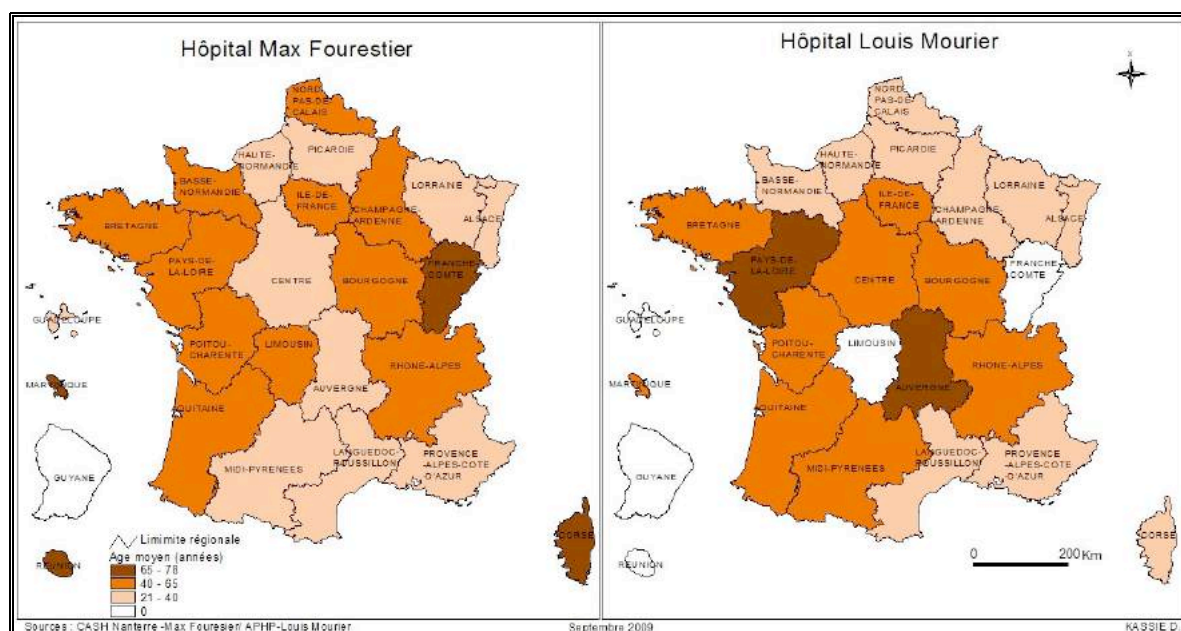


Source : CASH-Nanterre, APH-P Louis Mourier, service des urgences, 2008

Graphique 2 : Répartition des patients des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier par classe d'âge en 2008

Les différences d'âge par région sont cependant plus marquées à Louis Mourier ($cv=0,54$) qu'à Max Fourestier ($cv=0,14$).

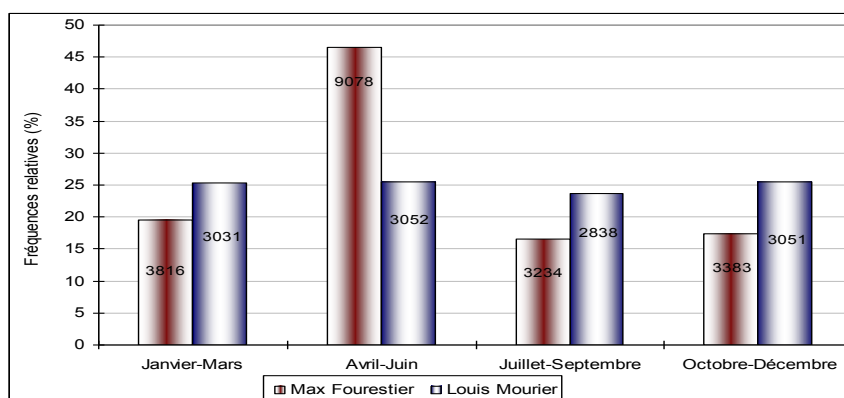
Les régions (Carte 5) au sein desquelles l'âge moyen des patients est le plus avancé (au-delà de 60 ans) ne sont pas adjacentes à l'Ile-de-France. En effet, la Martinique (1 cas) et la Corse (4 cas), les Pays de la Loire (24 cas) et l'Auvergne (3 cas) sont les principales régions de résidence de cette population, en notant bien que les patients de Max Fourestier viennent des territoires d'outre-mer, comparativement à ceux de Louis Mourier, qui habitent plutôt en France métropolitaine. Le caractère imprévisible du soin d'urgence nous amène à réitérer l'hypothèse de situations particulières ayant conduit les patients de ces régions éloignées aux urgences des deux hôpitaux. Pour le cas des pays de la Loire par exemple, les 6 patients avaient plus de 50 ans. Les plus importantes classes dans les deux distributions (en termes d'effectifs) sont celles des 20 à 25 ans (11,3%, soit 2 195 patients sur 19 511) à Max Fourestier et des 25 à 30 ans à Louis Mourier (11,4%, soit 1 361 patients sur 11 972).



Carte 5 : Répartition des patients des urgences suivant leur âge moyen par région

II-3. Variations saisonnières et hebdomadaires des passages aux urgences

Le printemps est la période où les recours ont été les plus nombreux en 2008 à Max Fourestier : 46,5% des admissions (9 078/19 511) ont eu lieu entre avril et juin 2008. A Louis Mourier, les consultations sont réparties de façon quasi uniforme sur toute l'année, environ un quart des patients ayant été enregistré au cours de chaque saison (Graphique 3). La distribution du nombre de passage par région ne révèle pas de différences majeures, que ce soit à Max Fourestier ou à Louis Mourier. En effet les indices de dispersion relative varient entre 4,94 et 4,95 à Louis Mourier et de 4,56 à 4,75 à Max Fourestier.

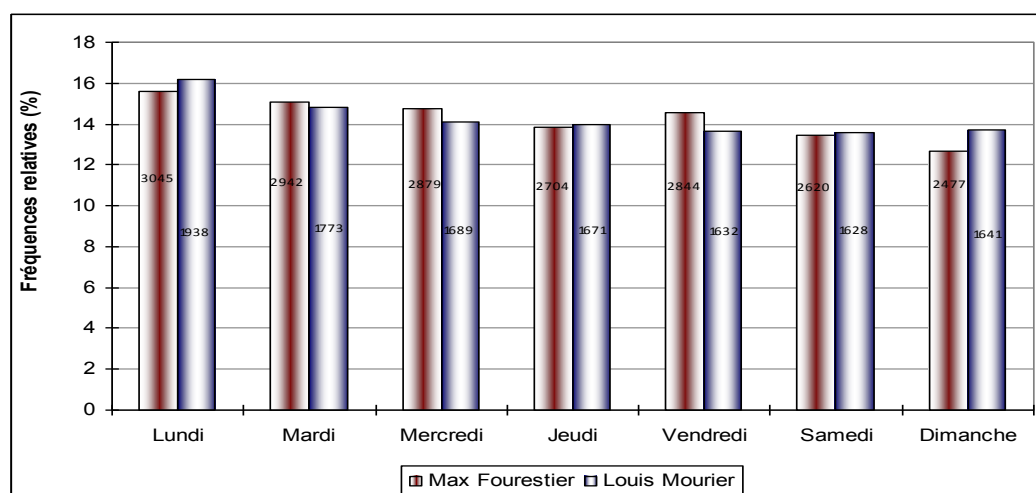


Source : CASH-Nanterre, APH-P Louis Mourier, service des urgences, 2008

Graphique 3 : Périodes de passage aux urgences des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier

Le flux de patients est plus important en début de semaine dans chacun des deux hôpitaux. Dans chacun des deux SU, le maximum de passage est enregistré le lundi : 5,6% (soit 3 045/19 511) à Max Fourestier et 16,2% (soit 1 938/11 972) à Louis Mourier (Graphique 4). Une réflexion sur la base des fréquences cumulées relatives permet de constater que les consultations de début de semaine (lundi, mardi et mercredi) ne sont pas dans l'ensemble plus importantes que celles de fin de semaines (vendredi, samedi et dimanche). A ce sujet, 59,2% (11 570/19 511) de l'ensemble des consultations hebdomadaires de Max Fourestier et 59,1% (7 071/11 954) de ceux de Louis Mourier s'observent le jeudi.

Nous rechercherons les effets jour à travers les analyses sur la région Ile-de-France, en croisant les jours de passage avec d'autres variables.

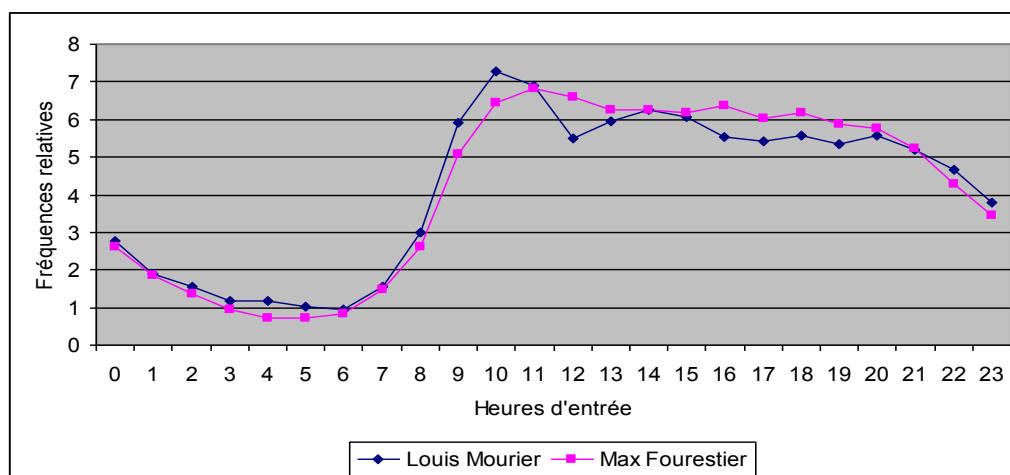


Source : CASH-Nanterre, APH-P Louis Mourier, service des urgences, 2008

Graphique 4 : Jours de passage aux urgences des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier en 2008

Suivant les heures de passage, une similarité se note dans le comportement des usagers à la lecture des deux courbes¹⁴. A Max Fourestier, la majorité des passages a lieu à 11 heures (1 496/21 956 admissions, soit 6,8%) et à 12h (1 450/21 956 admissions) tandis qu'à Louis Mourier c'est à 10 heures (874/11 993 admissions soit 7,3%) et à 11 heures (828/11 993 soit 6,9%) que les populations ont tendance à se rendre aux urgences (Graphique 5).

¹⁴ Les données utilisées pour cette analyse diffèrent des autres, car les heures de passage nous ont été fournies détachées du reste des bases de données. Elles ont été analysées indépendamment des autres de ce fait.



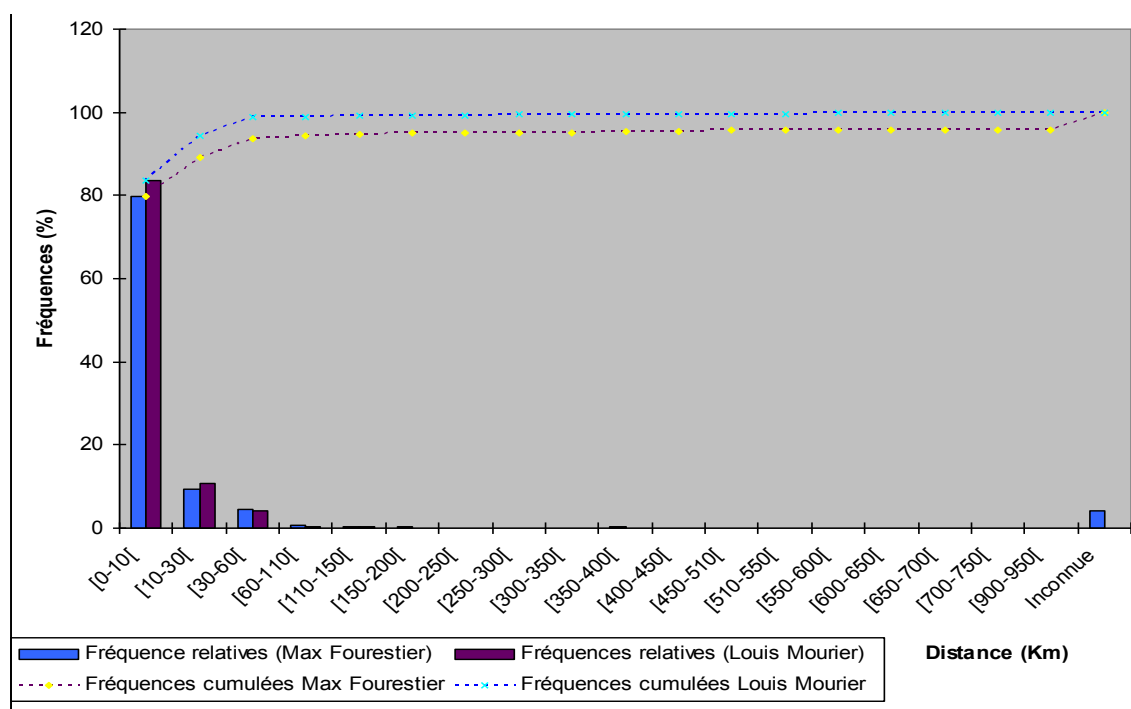
Source : CASH-Nanterre, APH-P Louis Mourier, service des urgences, 2008

Graphique 5 : Fréquentation des services d'urgences de en fonction des heures de passage

II- 4. Des aires d'influence couvrant tout le territoire national, mais des patients majoritairement proches

En mettant en regard le nombre de patients qui se rend dans chacun des deux structures en fonction de la distance potentielle entre la région de résidence et l'hôpital, il apparaît conformément à ce que l'on attendait, une importante diminution du nombre de consultants avec la distance (Graphique 6). A Max Fourestier, 79,9% (15 583/19 511) des patients parcourent une distance de moins de 10 km pour venir en consultation. Cette proportion est de 83,8% (10 027/11 972) pour les usagers de Louis Mourier. En termes de fréquences cumulées, 89,2% (17 404/19 511) et 93,8% (18 296/19 511) des patients de Max Fourestier d'une part et d'autre part 94,5% (11 308/11 972) et 98,8% (11 823/11 972) des patients de Louis Mourier parcourent respectivement moins de 30 et moins de 60 km¹⁵.

¹⁵ La distance inconnue est relative aux patients sans domicile fixe ou sans domicile stable.



Source : CASH-Nanterre, APH-P Louis Mourier, service des urgences, 2008 ; IGN France, 2008

Graphique 6 : Evolution des passages aux urgences suivant la distance (Fréquences cumulées et relatives)

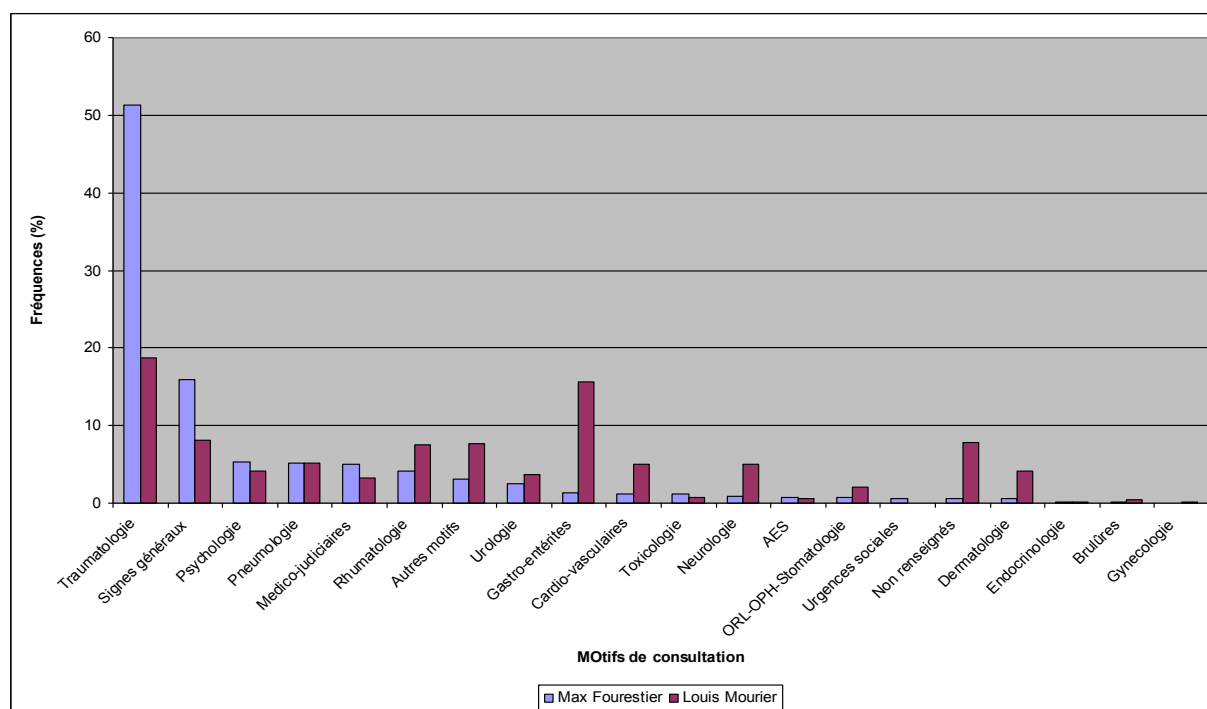
Les aires de recrutement des deux SU couvrant la quasi-totalité du territoire français, ces structures peuvent être qualifiées de zones à rayonnement national. Toutefois, l'importance du poids des communes de proximité suggère un recrutement de proximité.

Nous allons donc fixer des seuils de distances parcourues, afin de stratifier la région d'Ile-de-France pour la recherche de facteurs explicatifs.

II-5. Morbidité diagnostiquée dans les services d'urgence : traumatologie à Max Fourestier et gastroentérologie à Louis Mourier

La morbidité diagnostiquée par le système de soins d'urgence dans les hôpitaux est notifiée par l'Infirmier (ère) d'Accueil et d'Orientation. Ces motifs de consultation appelés motifs IAO, nous permettront d'identifier les principales pathologies donnant lieu à la consultation (Graphique 7).

A Max Fourestier et Louis Mourier, 10 011 (51,3% des consultations) et 2 248 consultations (18,8%) sont respectivement imputables à la traumatologie en 2008. Les signes généraux (16%) constituent le second motif de consultations à Max Fourestier, les gastroentérites (15,6%) à Louis Mourier. Dans 7,8% (932/11 972) et 0,5% (104/19 511) des cas, le motif de consultation n'est pas renseigné respectivement à Louis Mourier et Max Fourestier.



Source : CASH-Nanterre, APH-P Louis Mourier, service des urgences, 2008

Graphique 7 : Principaux motifs de consultation aux urgences

Les patients qui consultent pour un problème de traumatologie proviennent majoritairement de la région d'Ile-de-France avec 99,2% (2 230/2 248) et 93,7% (9 376/10 011) des demandes de soins à Louis Mourier et Max Fourestier. La traumatologie est le principal motif de consultation des SDF.

L'étude de la distribution régionale des différentes variables analysées montre que l'Ile-de-France est la principale région de résidence des patients des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier et que les patients peuvent être réparties en deux principales catégories : les personnes âgées de 15 à 69 ans, et âgées de 70 ans et plus. Aussi, il nous semble intéressant de changer d'échelle pour rechercher des profils de patients dans les différentes communes de cette région, en considérant à la fois la distance d'accès à l'hôpital et l'âge des patients.

Chapitre II

Une analyse stratifiée et comparative des aires de chalandise des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier en 2008 et 2009

A partir des résultats des analyses au niveau régional, nous nous attacherons dans ce chapitre, à rechercher les profils de patients suivant l'accessibilité théorique mesurée à partir de la distance potentielle séparant le lieu de résidence et l'hôpital où les personnes ont été admises pour des soins d'urgence et à identifier des profils de patients à l'intérieur de chaque strate. Avant ces analyses, nous décrirons d'abord les différents moyens par lesquels les patients arrivent aux urgences.

I –Analyse stratifiée du recours aux soins d'urgence des franciliens

Dans les analyses géographiques, chaque individu étudié est rattaché à une unité spatiale précise. Pour notre analyse, les codes postaux servaient de référence pour identifier les lieux de résidence des patients. Il existe cependant des personnes sans domicile fixe (n'ayant donc pas de codes postaux) qui ont été prises en charge aux urgences. Nous nous pencherons dans les lignes à venir, sur les usagers des deux SU des hôpitaux Max Fourestier et Louis résidant en Ile-de-France, afin d'en rechercher les profils.

I-1. Moyens d'entrée aux urgences

Le type de recours choisi par les populations est le plus souvent fonction de la morbidité ressentie et du lieu de survenu du problème de santé. De ce fait, il arrive que le patient se rende dans un établissement de soins d'où il est envoyé aux urgences ou qu'il se rende directement aux urgences. Dans cette section, nous nous intéresserons aux raisons qui président au choix d'un service d'urgence et les moyens d'arrivée des patients aux urgences. Les trajectoires seront analysées dans une autre section de notre document.

I-1.1. L'entrée dans le système de soins d'urgence

A leur arrivée aux urgences, les patients sont accueillis par un(e) infirmier(ère) qui s'informe sur leur motif de consultation. Leur prise en charge est soumise à des normes permettant de déterminer le degré de gravité du mal de chaque patient et de déterminer leur ordre de passage. Pour interpréter les catégories de patients qui passent dans les services, il existe deux types de critères médicaux de classification : celle du GEMSA (Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil des urgences) et la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) (GRALL J.Y., 2007). Dans la pratique, ces deux classifications sont prises en compte pour déterminer l'état des patients qui se présentent aux urgences. Ces règles de classification ne pas toujours connues des usagers, en dépit des affiches présentes dans les salles d'attente des services d'urgence.

La zone d'influence d'un centre de soins se définit par les localités de résidence des patients qui s'y rendent, donc par la distance parcourue par ces patients. En considérant le nombre de patients de cette zone de chalandise, par strate, on arrive ainsi à déterminer si cette structure de santé a une clientèle de proximité. Dans tous les cas, que la patientèle soit de proximité ou non, les patients semblent considérer divers paramètres avant de choisir un service d'urgence. En nous référant aux données collectées lors de nos enquêtes de terrain en 2009, nous mettrons à jour certaines motivations des usagers des services d'urgence des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier.

A partir des constats qui s'en dégagent, nous nous intéresserons aux moyens de transport utilisés pour accéder à l'hôpital, avec comme hypothèse sous-jacente qu'en situation d'urgence, les véhicules de secours sont les mieux adaptés.

I-1.2. Opérer un choix en situation d'urgence : Quelle logique ?

Nos enquêtes qualitatives, comme nous l'avons déjà précisé, ont porté sur un effectif total de 112 personnes, soit 56 par hôpital (Tableau 2). Dans chacun des deux hôpitaux, plus de la moitié des patients sont des hommes (55,4% à Louis Mourier et 62,5% à Max Fourestier). Par rapport à leur situation professionnelle, les actifs (salariés, indépendamment de la nature de l'emploi) sont les plus représentés, mais à des proportions variables : 51,8% des patients de Louis Mourier et 46,4% de ceux de Max Fourestier. Dans la même tendance, il y a plus de consultants sans emploi à Louis Mourier (26,8%) qu'à Max Fourestier (16,1%).

Nous retenons que globalement les patients de Louis Mourier ont un niveau d'instruction plus important (26,8% d'étudiants et 8,9% de non scolarisés) que ceux de Max Fourestier (25% d'étudiants et 14,3% d'analphabète).

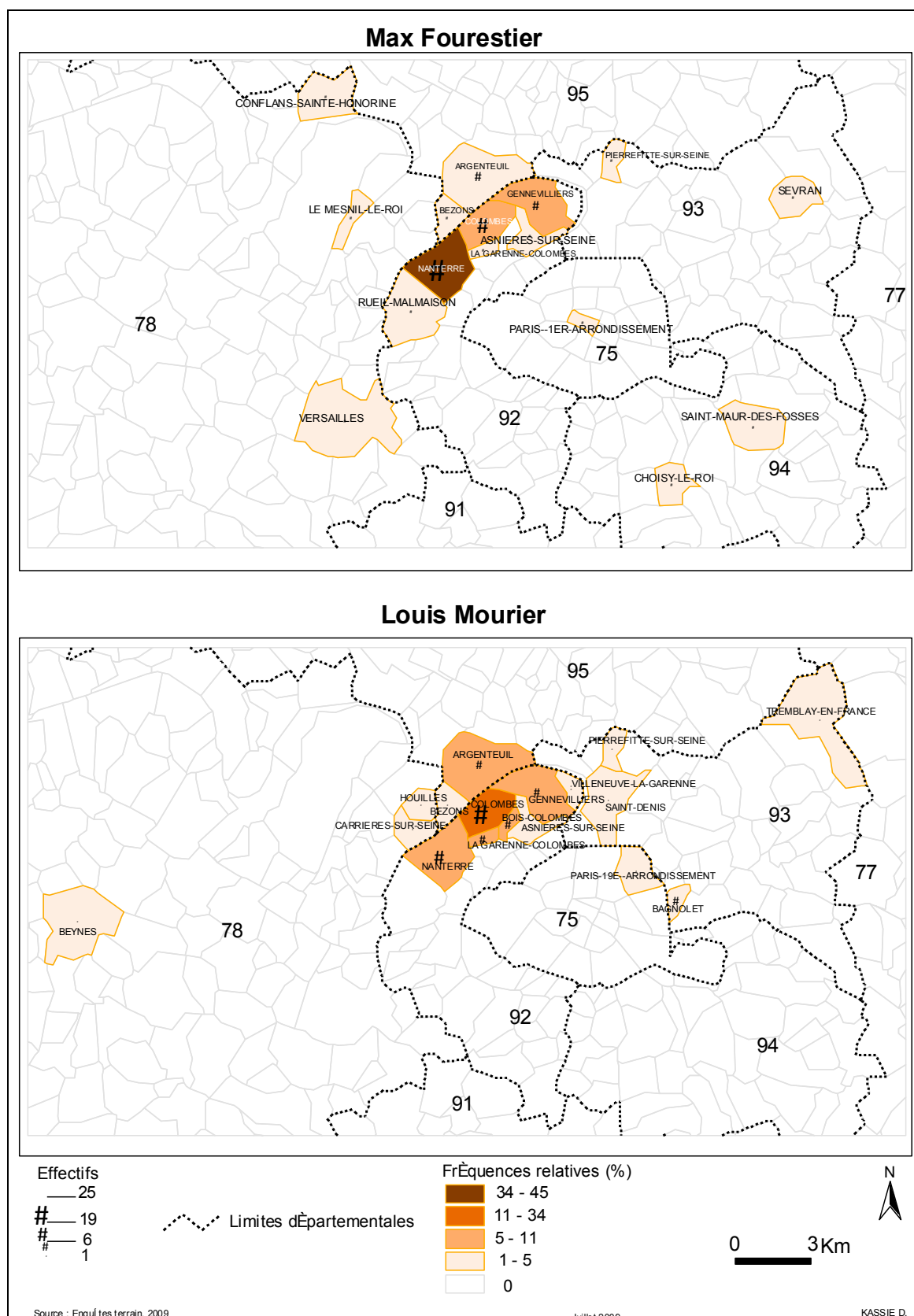
Tableau 2 : Caractéristiques des patients enquêtés dans les hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier en 2009

	Effectifs			Fréquences relatives (%)		
	Louis Mourier	Max Fourestier	Effectif total	Louis Mourier (%)	Max Fourestier (%)	Fréquence totale
Sexe						
Femme	25	21	46	44,6	37,5	41,1
Homme	31	35	66	55,4	62,5	58,9
Situation professionnelle						
Actif (salarié)	29	26	55	51,8	46,4	49,1
Elève	4	8	12	7,1	14,3	10,7
Etudiant	2	4	6	3,6	7,1	5,4
Retraite	6	9	15	10,7	16,1	13,4
Sans emploi	15	9	24	26,8	16,1	21,4
Niveau de scolarisation						
Non scolarisé	5	8	13	8,9	14,3	11,6
Primaire	9	5	14	16,1	8,9	12,5
Secondaire	27	29	56	48,2	51,8	50,0
Supérieur	15	14	29	26,8	25,0	25,9

Source : Kassié D., Enquêtes de terrains, Février-mars 2009

Les différentes analyses à développer dans la suite de ce texte sur les enquêtés des deux hôpitaux se rapporteront à cette population de 112 patients précédemment décrite.

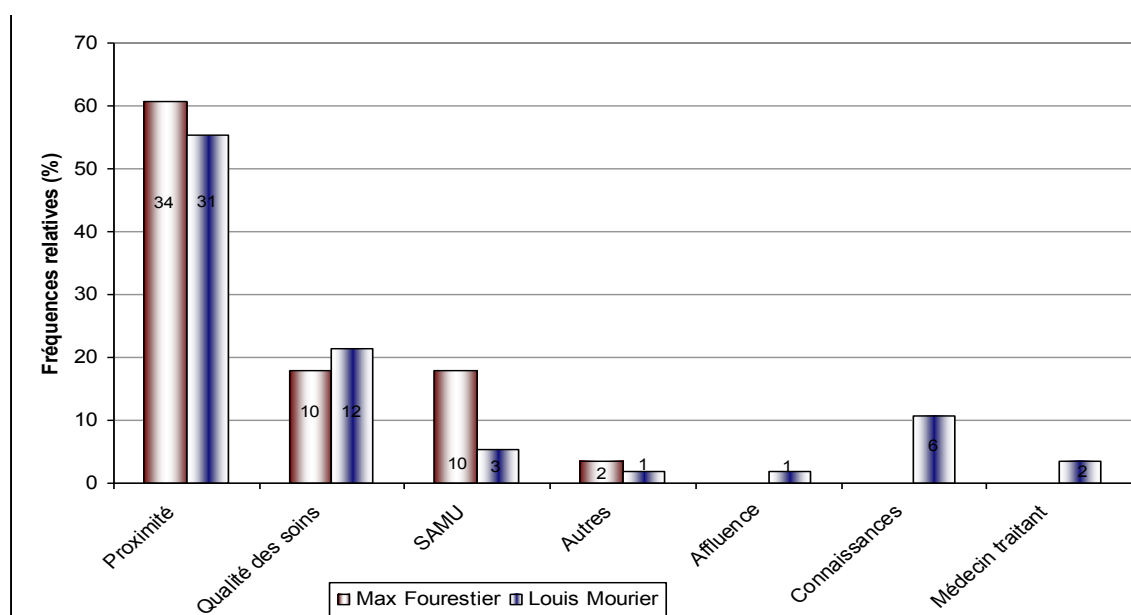
En termes de situation géographique, les enquêtés de Louis Mourier viennent de 20 communes, ceux de Max Fourestier de 21 communes des Hauts-de-Seine, et d'Ile-de-France. A l'image des observations faites sur les patients des deux hôpitaux en 2008 (une partie que nous développerons plus loin), les enquêtés résident essentiellement dans les communes au sein desquelles ils se sont soignés : les patients de Max Fourestier résident essentiellement à Nanterre (41,1%, soit 23/56 patients) et ceux de Louis Mourier viennent essentiellement de Colombes (33,9%, soit 19/56 (Carte 6).



Carte 6 : Communes de résidence des patients enquêtés en 2009 dans les hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier

De façon générale, « le pluralisme de l'offre fait que le recours d'un individu à une thérapeutique est un processus d'interactions où se mêlent le géographique (représentation de l'espace, des distances, de l'accessibilité), l'économique (niveau de vie, politiques de santé), le social et le culturel (image de l'efficacité et charge culturelle des différents systèmes), auxquels il faut ajouter l'appréciation d'un état morbide par le malade lui-même ou par son groupe » (Amat-Roze J.M., 1998). Les soins d'urgence ne semblent pas déroger à ces interaction multifactorielles, au regard des différents mobiles mentionnés par les enquêtés sur le choix de l'hôpital de consultation.

Les principales motivations étaient la proximité (Graphique 8), vient ensuite la qualité des soins. Certains patients disent n'avoir pas eu le choix, étant donné qu'ils ont été conduits à l'hôpital, par le SAMU.



Source : KASSIE D., Enquêtes de terrain, Février-mars 2009

Graphique 8 : Motivations des usagers des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier dans le choix du service d'urgence

La proximité était le principal motif évoqué par les usagers des services d'urgence des deux hôpitaux. Il s'agit de 60,7% (34/56) des usagers de Max Fourestier et de 55,3% (31/56) de ceux de Louis Mourier.

La proximité évoquée par les enquêtés se réfère le plus souvent à la distance séparant le lieu de survenu du problème de santé et l'hôpital. Cette proximité est le fait de plusieurs

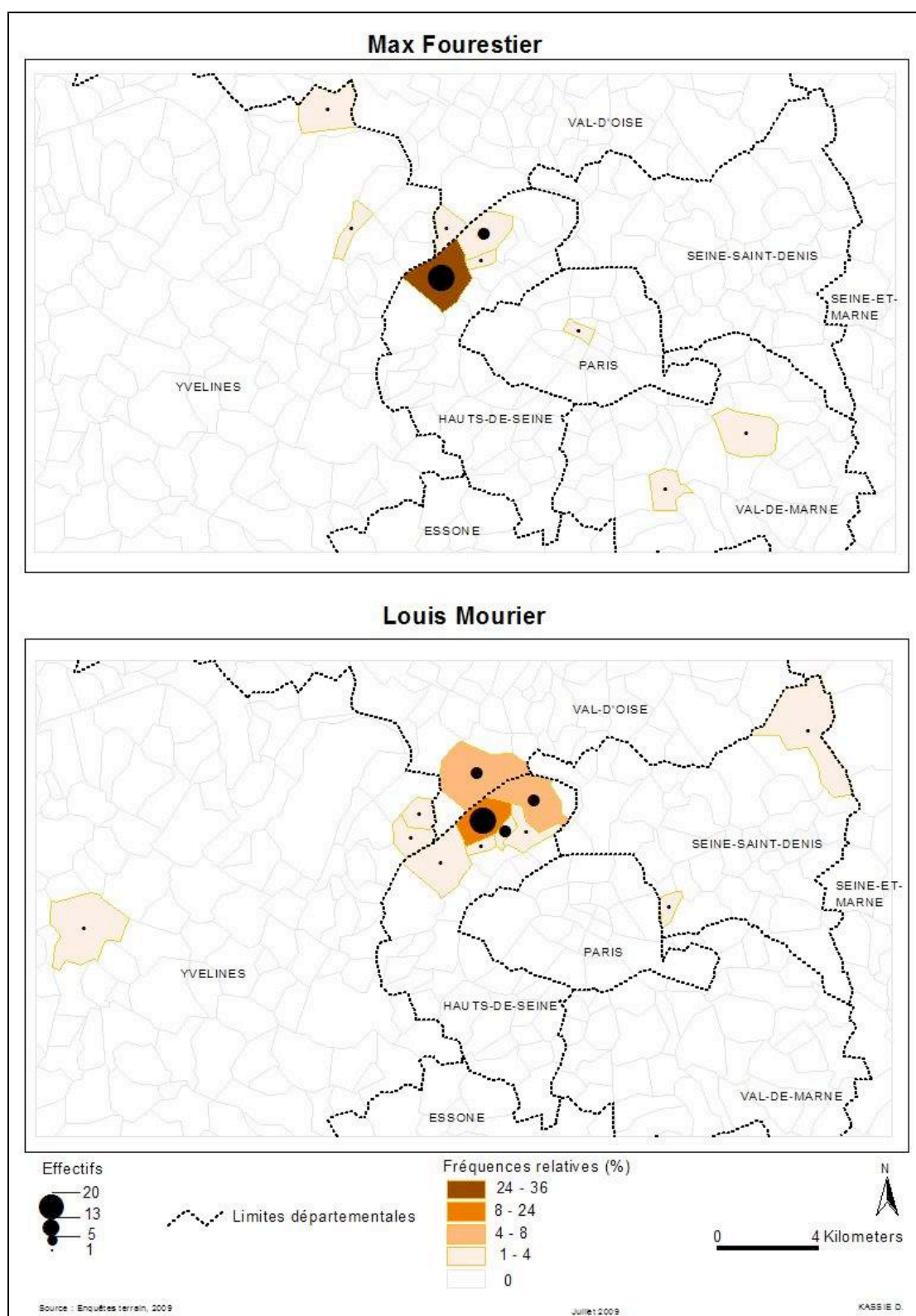
raisons, au regard des témoignages qui ont été données par les enquêtés. Au sujet de son mari, une enquêtée nous confiait qu' « *il (son mari) est venu à l'hôpital pour un examen et il est tombé dans le couloir, suite à un malaise on l'a donc amené aux urgences* » [25MF]¹⁶. Une autre enquêtée [19MF], accompagnatrice de deux personnes sans abri nous apprenait que : « *ces deux là (en nous indiquant les deux patients) n'ont pas de domicile fixe (...). Comme ils sont déjà venus ici, c'est pour cela que les ai conduit ici* ». A cette raison pour le premier patient qui venait pour des plaies aux pieds, s'ajoute une seconde au sujet du deuxième malade, car, nous a-t-elle dit, « *il (en nous indiquant le second patients assis dans un fauteuil roulant) était pourtant venu en accompagnant ! En descendant du véhicule au parking de l'hôpital, il est tombé et s'est tordu la cheville (...). Comme je me retrouve maintenant avec deux malades, je dois attendre* ».

Ces deux patients dont le problème de santé est survenu au sein de l'hôpital n'ont en réalité pas eu d'autres options. Il fallait simplement recourir à la structure de soins la plus proche. Si le recours aux soins d'urgence devrait être défini comme l'utilisation en temps utile des services d'urgence par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de soins et de santé de façon générale, la présence de ces patients serait, à n'en pas douter légitime.

Un autre patient [14MF] se justifiait en ces termes : « *Tu sais, je ne viens pas à l'hôpital pour un petit bobo. J'ai eu un malaise au service qui est juste à côté. Pour éviter les complications, j'ai préféré venir aux urgences* ».

La plupart des patients qui consultent pour les raisons de proximité par rapport à l'hôpital consultent dans leurs communes respectives de résidence (Carte 7). Ce fait témoigne que ces deux services, de par leurs prestations tiennent une place non négligeable dans le recours aux soins des populations de ces deux villes, notamment ceux relevant de l'urgence. Une analyse croisée du choix du service des urgences et de l'hôpital et de résidence des patients montre que la proximité est le plus souvent évoquée par des usagers qui résident au sein de la commune d'implantation de l'hôpital où ils sont pris en charge. En effet ce motif est évoqué par 35,7% (20/56) des consultants de Max Fourestier résidant à Nanterre et 23,2% (13/56) de ceux de Louis Mourier résidant à Colombes.

¹⁶ [25MF] correspond à l'identifiant de l'enquêté. Il signifie 25^e enquêté de l'hôpital Max Fourestier. [2LM] est le second enquêté à l'hôpital Louis Mourier. Les différents identifiants seront utilisés chaque fois que besoin sera.



Carte 7 : Consultations pour raison de proximité par rapport à l'hôpital

Le deuxième motif de choix de l'hôpital des enquêtés est la qualité des soins. Cette raison est évoquée par 21,4% (12/56) des usagers de Louis Mourier et 17,9% (10/56) de ceux de Max Fourestier.

Au même titre que ceux qui sont motivés par la qualité des soins, 17,9% des usagers de Max Fourestier ont été orientés par les Services d'Aide Mutuelle Urgente (SAMU). Le choix de la structure de soins ne revient pas à ces patients, comme cela nous a souvent été dit par les enquêtés : *« Mon accident s'est produit sur l'autoroute. Ce sont les pompiers qui m'ont conduit ici, je n'ai pas eu le choix »* [18MF].

Malade ou non, chaque individu s'identifie à un groupe qui lui transmet ses logiques sociales, culturelles, économiques (Amat-Roze J.M., 1998). De ce fait, certaines pratiques de recours aux soins, notamment le choix de l'établissement, même relevant de l'urgence, s'expliqueraient par des facteurs socioculturels en plus de ceux médicaux. A Louis Mourier, certains usagers se rendent aux urgences parce qu'ils connaissent déjà le personnel soignant ou qu'ils témoignent un certain attachement à la structure d'accueil (6/56 patients) : *« je suis d'ici (Colombes) à la base. Je connais l'hôpital depuis tout petit »* [2LM].

Le choix de l'hôpital témoigne en partie de la gravité du mal du patient. En plus de ces différentes motivations ou de l'attachement, nous nous sommes attaché à voir si la décision de consulter en urgence relevait de la personne souffrante ne pouvant suivre un parcours coordonné en passant par son médecin traitant, ou si elle émanait d'une autre personne, pouvant être ou non du corps médical.

La décision de consulter en urgence s'avère le plus souvent être à l'initiative du malades ou de ses accompagnants. Il ressort de nos enquêtes que 64,3% (36/56) des patients de Louis Mourier ont décidé eux-mêmes de se rendre aux urgences, contre 35,7% (20/56) pour ceux de Max Fourestier. Les accompagnants ont décidé du choix des urgences chez 8,9% (5/56) des patients de Louis Mourier et chez 21,5% (12/56) des consultants de l'hôpital Max Fourestier.

D'autres consultants ont été en contact préalable avec un praticien médical, avant de décider de se rendre aux urgences. Les médecins traitants ont orienté 21,5% (12/56) des enquêtés de Max Fourestier et 14,3% (8/56%) de ceux de Louis Mourier.. D'après [14LM], *« j'ai appelé mon médecin traitant pour passer le voir, mais il ne pouvait me recevoir que le lundi. Je ne peux pas attendre pendant 5 jours avec mon mal ! C'est la raison pour laquelle je*

passer aux urgences ». « *On est venu aux urgences aujourd'hui parce qu'on ne pouvait pas attendre son médecin traitant* » disait [16MF] ou encore « *son* (en parlant de sa belle-mère) *médecin traitant ne travaille pas aujourd'hui, je l'ai donc amenée ici* » nous confiait [47MF].

Si la proximité est la principale motivation des usagers dont la plupart décident eux-mêmes de se rendre SU, nous nous sommes intéressés aux moyens de déplacement utilisés pour accéder aux urgences à travers les données hospitalières de 2008 et nos données d'enquête de 2009. Certes, il n'existe *a priori* pas d'indicateurs justifiant d'un recours légitime aux urgences, nous pouvons partir du postulat qu'un patient qui est conduit aux SU par un véhicule de secours d'urgences –à l'instar du SAMU, des pompiers, des ambulanciers, etc.- se présente pour une « vraie urgence », c'est-à-dire une urgence non différée. Il nous semble de ce fait important de nous intéresser aux différents moyens de transport utilisés par les patients pour accéder aux urgences.

I-1.3. Consulter en urgence : l'importance des moyens de transport personnels pour accéder aux hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier

Les moyens de transport personnels (voiture et mobylette) sont le plus souvent utilisés par les patients pour accéder aux urgences. Les proportions correspondantes selon nos enquêtes réalisées en 2009 sont respectivement de 60,7% (34/56) à Louis Mourier et 46,4% (26/56) à Max Fourestier. Nous notons toutefois que la proportion de personnes conduites par les véhicules de secours d'urgence est plus importante à Max Fourestier (23,2%, soit 13/56) qu'à Louis Mourier (5,4% équivalant à 3/56).

Les données de 2008 qui nous ont été fournies par les SU sur les patients résidant en Ile-de-France donnent le même ordre d'idée : 79,3% (9 363/11 814 patients) à Louis Mourier et 54,1% (9 915/18 340 patients) à Max Fourestier accèdent aux urgences par leurs propres moyens de transport. Les patients qui accèdent aux urgences par l'intermédiaire de véhicule de secours (pompiers, ambulances, la croix rouge ou SAMU) s'évaluaient respectivement à 17,4% (2 055/11 814) à Louis Mourier et 22,4% (4 101/18 340) à Max Fourestier.

En résumé, les patients arrivent pour plus de la moitié d'entre eux aux urgences par leurs propres moyens de transport, mais moins à Max Fourestier qu'à Louis Mourier. C'est plutôt la tendance inverse au sujet des patients entrés aux urgences avec les véhicules de secours. Qu'il viennent par leurs propres moyens qu'ils soient conduits par des véhicules de secours

d'urgence, les attentes de chaque patient vis-à-vis du SU est la recherche de solutions à un problème.

I-2. Une typologie de consultants par niveau d'accessibilité aux services d'urgence

L'analyse des principaux motifs de consultation à l'échelle régionale a mis en relief des consultations d'urgence relevant de la traumatologie dans les deux hôpitaux, mais plus à Max Fourestier qu'à Louis Mourier. Les seconds motifs quant à eux relèvent des signes généraux à Max Fourestier et de la gastroentérologie à Louis Mourier, la région d'Ile-de-France étant dans tous les cas, la principale région de résidence des patients. Ces constats suggèrent une patientèle de proximité pour ces deux hôpitaux.

Il semble important de rechercher au sein des communes de la région d'Ile-de-France, les profils de patients qui tiennent compte de l'accessibilité théorique des deux services d'urgence et les caractéristiques de leurs patients.

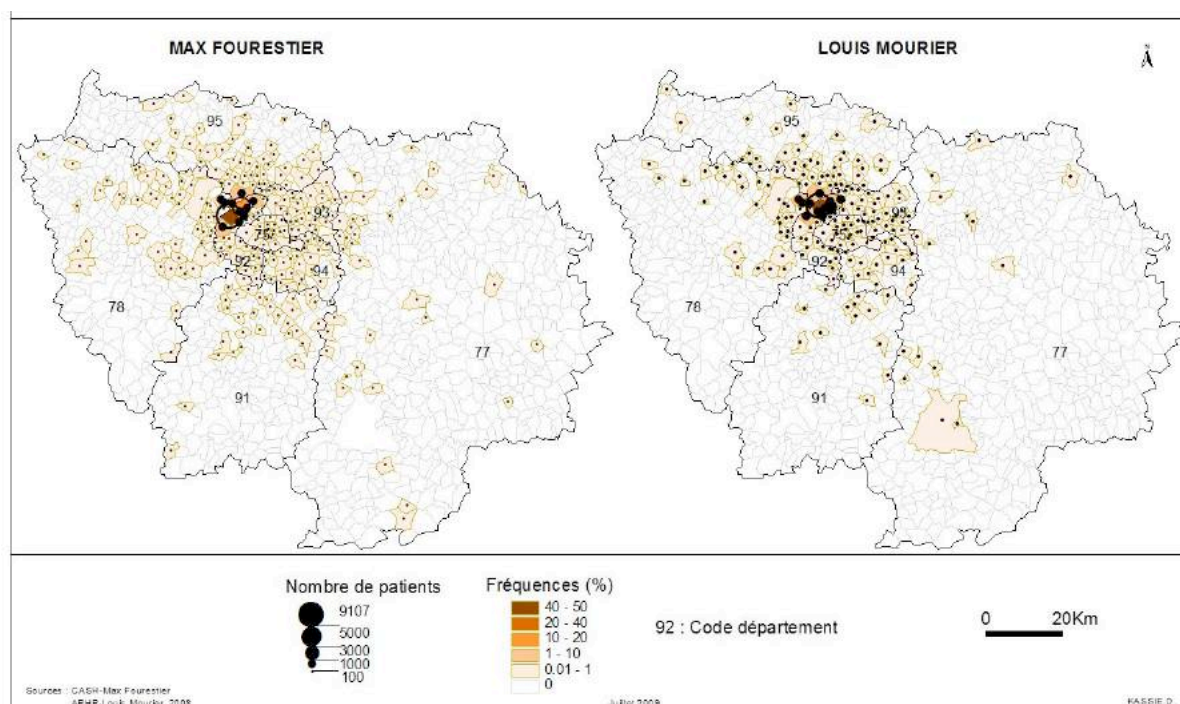
I-2.1. L'hôpital, un discriminant dans le recours aux soins d'urgence en Ile-de-France : des consultations traumatologiques orientées vers Max Fourestier

En considérant l'ensemble des 30 154 (soit 95,8%) patients des deux hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier résidant en Ile-de-France, différents constats se dégagent au regard des variables que sont le sexe, l'âge, la période de passage, le jour de consultation, le motif de consultation, la provenance du patient, la zone de résidence (Nanterre ou Colombes, autre commune des Hauts-de-Seine, autre communes d'Ile-de-France) et la distance parcourue. Un tri à plat nous a permis de dégager les modalités dominantes pour chaque variable.

Au total, 18 340 (60,8%) ont consulté à Max Fourestier et 11 814 (39,2%) à Louis Mourier. Parmi eux, 53,6% (16 167/30 154) sont des hommes, 21,5% (6 480/30 154) ont entre 20 et 30 ans, 38,6% (11 649/30 154) sont passés en consultation entre avril et juin, 15,7% (4 746/30 154) sont venus le lundi aux urgences. La traumatologie constituait le principal motif de consultation aux urgences en 2008 avec 38, 5% des consultations (11 606/30 154). Parmi les malades, 53,5% (16 128/30 154) des patients ont quitté leur domicile pour se rendre aux urgences. Dans l'ensemble des 30 154 consultants, 32,4% (9 760 patients) et 30,3% (9126 patients) résident respectivement à Nanterre et Colombes.

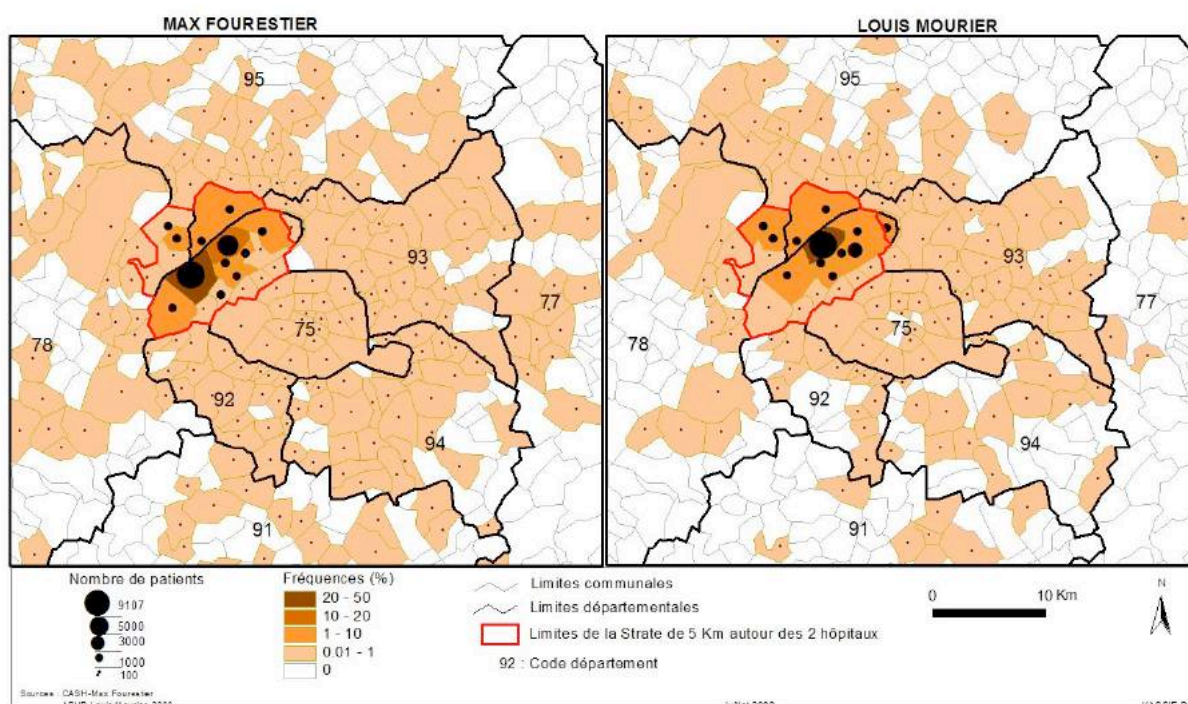
Suivant la distance parcourue, 48,8% (14 711 patients) se sont référés aux services d'urgence de leur commune de résidence, c'est-à-dire Nanterre ou Colombes. 37,52% (11 414 patients) ont parcouru une distance maximale de 5 km, et seulement 13,7% soit 4 129 une distance variant de 5 à 103 km.

Pour la localisation géographique des différents patients, l'importance du nombre de patients consultant à proximité de leur lieu de résidence (Carte 8) gêne la lisibilité des cartes à l'échelle de toute la région d'Ile-de-France.



Carte 8: Répartition des patients de 2008 des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier en Ile-de-France

Pour une meilleure lisibilité des disparités spatiales dans le recours, un agrandissement d'échelle, permettant de mieux visualiser les communes adjacentes à Nanterre et Colombes sera retenu pour les représentations à venir de ce travail (Carte 9).



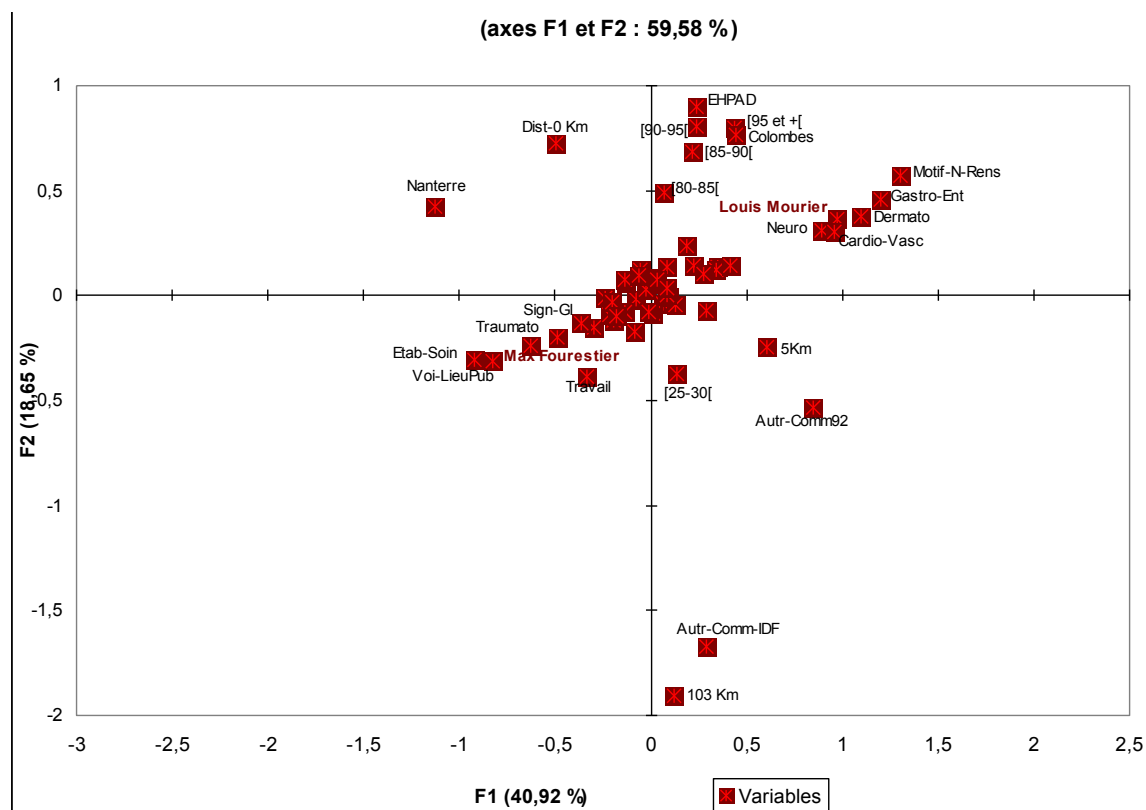
Carte 9 : Principales communes de résidence des patients hôpitaux Max Fourestier et Louis en 2008

Une prise en compte simultanée de l'ensemble des variables montre que l'hôpital est facteur de différenciation (Graphique 9). Ainsi, par rapport aux deux principaux facteurs expliquant 59,6% de toutes les différenciations constatées, une opposition apparaît d'une part entre les patients de l'hôpital Louis Mourier et ceux de Max Fourestier et d'autre part une opposition entre les patients qui ont consulté dans leur commune de résidence et ceux qui ont parcouru de longues distances (de 5 km à 103 km) pour accéder au service d'urgence.

Par rapport au premier facteur (F1), on note une liaison entre l'hôpital de prise en charge, le motif de consultation et la provenance du patient. Les patients de Louis Mourier tendaient à venir de Colombes, d'autres communes du département des Hauts-de-Seine ou d'Ile-de-France. Ces patients ont tendance à consulter pour des problèmes gastroentérologiques, dermatologiques, cardio-vasculaires et neurologiques.

A ces patients, s'opposent ceux de Nanterre qui consultent essentiellement à Max Fourestier. La morbidité diagnostiquée chez ces patients relève de la traumatologie et des signes généraux. Ce sont des patients qui résident essentiellement à Nanterre et ont tendance à venir de lieux publics, d'autres établissements de soins. Le fait que des patients viennent d'autres établissements de soins pour des problèmes traumatologiques laisse supposer que

Max Fourestier est reconnu pour leur prise en charge. Une spécialisation de chacun de ces deux hôpitaux semble se dessiner suivant cet axe.



Source : CASH-Nanterre-Max Fourestier, APH-P Louis Mourier, service des urgences, 2008

Graphique 9 : Profil de l'ensemble des patients de 2008 des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier

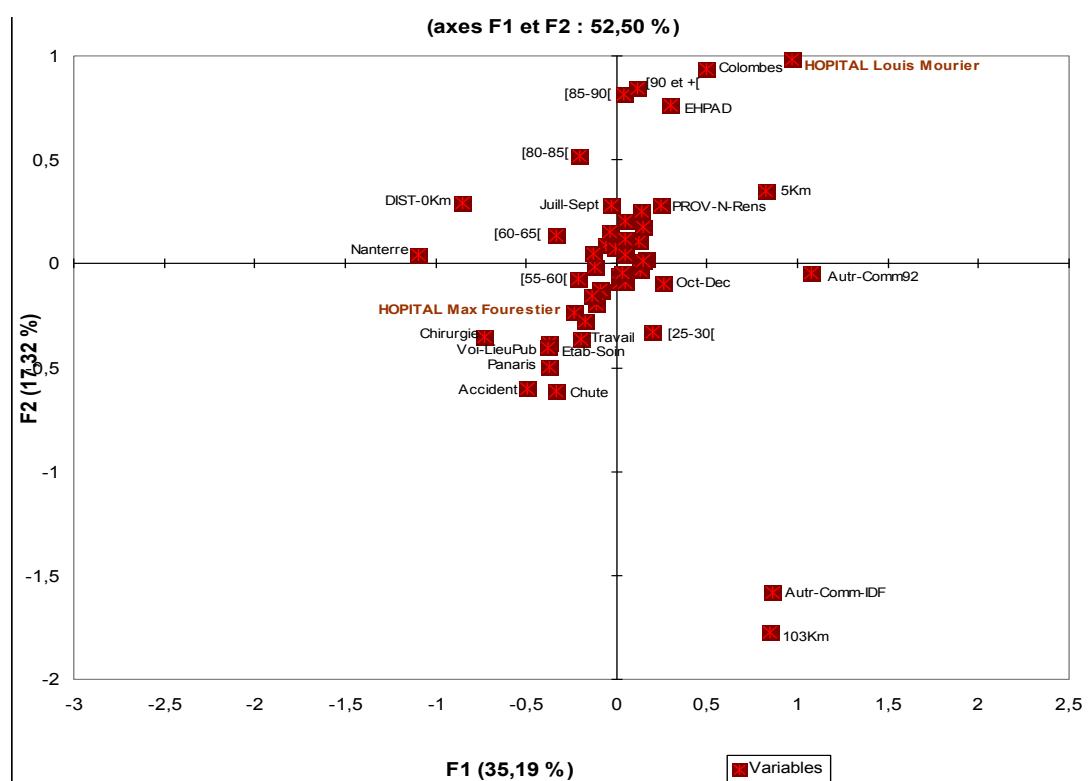
Par rapport au second facteur (F2), il apparaît une liaison entre l'âge, le lieu de lieu de résidence et la provenance : aux patients qui consultent au sein de leur commune de résidence, s'opposent ceux qui viennent d'autres communes. Suivant l'âge, aux personnes âgées (plus de 80 ans) qui ont tendance à venir d'une EHPAD pour les urgences, s'opposent les jeunes (de 20 à 30 ans) qui viennent de leur lieu de travail, de lieux publics ou d'autres établissements de soins pour les urgences. Par rapport à cet axe, Louis Mourier semble être la structure de prise en charge des personnes âgées qui résident à côté de l'hôpital et Max Fourestier celle des jeunes patients qui parcourent de longues distances.

Nous analyserons dans les lignes suivantes, le profil des patients ayant consulté pour traumatologie, principal motif de consultation dans l'optique de dégager des particularités au sein de la population orientée aux urgences pour ce problème de santé. Cette même analyse nous permettra de déterminer les zones de résidence des patients concernés.

I-2.2. Profil des patients pris en charge pour des raisons traumatologiques

Les problèmes traumatologiques diagnostiqués aux urgences peuvent être regroupés en 6 catégories, à savoir les accidents, les chutes, les plaies, les panaris, les problèmes survenus à la suite d'interventions chirurgicales, et les traumatismes. Chacune de ces catégories peut encore être subdivisée en sous-groupes, mais nous nous bornerons pour les analyses à venir aux six classes sus-mentionnées.

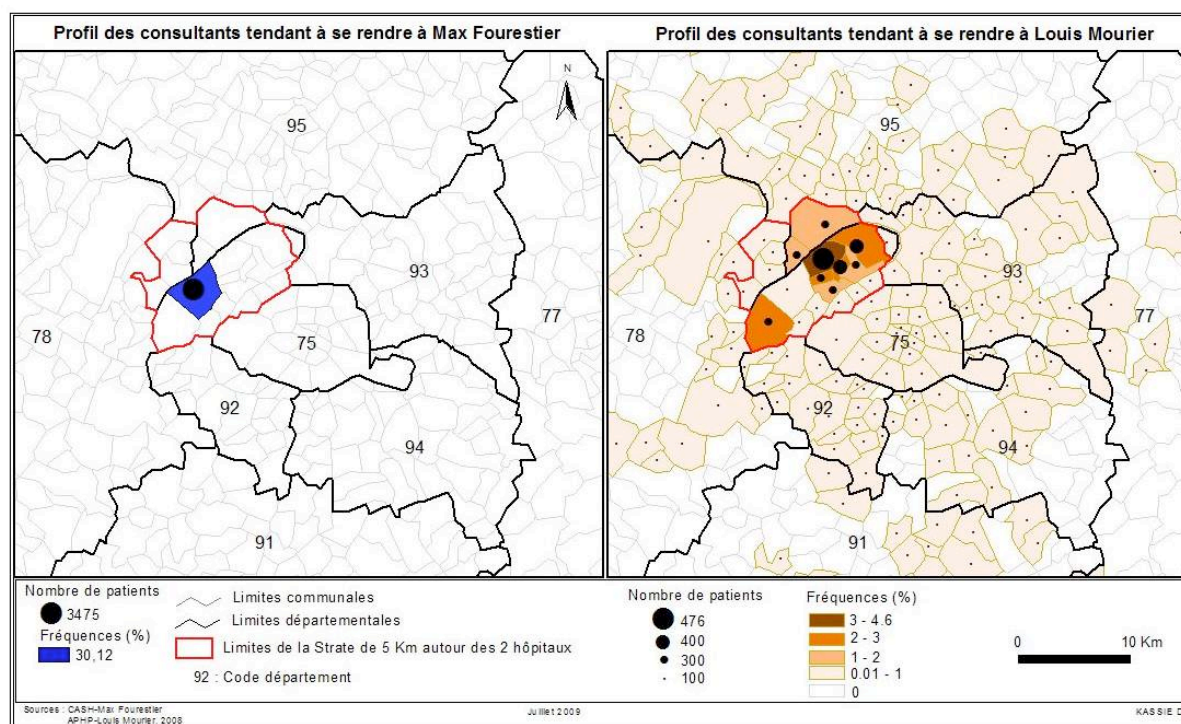
Au regard des profils des consultants qui se dégagent (Graphique 10), nous notons que 52,5% des variabilités dans la constitution de profil des patients ayant consulté pour traumatologie s'expliquent par deux facteurs.



Source : CASH-Nanterre, APH-P Louis Mourier, service des urgences, 2008

Graphique 10 : Profils des patients ayant consulté pour des problèmes traumatologiques à Max Fourestier et Louis Mourier en 2008

Par rapport au premier facteur (F1), une relation apparaît entre le lieu de résidence du patient, l'hôpital de prise en charge et la provenance : une opposition apparaît entre les résidents et les non résidents de Nanterre (Carte 9).



Carte 9 : Commune d'origine des patients suivant leur profil (selon l'axe 1) : les consultants relevant de la traumatologie à Max Fourestier et Louis Mourier

Les accidents, les chutes, les panaris et les problèmes survenus après des interventions chirurgicales constituaient la morbidité diagnostiquée chez les patients habitant la commune de Nanterre. Il s'agit par ailleurs de patients qui ont tendance à venir d'autres établissements de soins, de lieux publics ou de leur lieu de travail. Ce profil correspond aux caractéristiques de 30,1% (3 475/11 538 patients utilisés pour la recherche de profils).

A l'opposé, les patients qui participent fortement à la construction du second profil (3 462/11538 patients, soit 30%) venaient essentiellement de la ville de Colombes (275/3 462, soit 13,7% des patients de ce profil ou 4,6% de l'ensemble des consultations traumatologiques). Les communes qui sont les plus représentées sont toutes des communes voisines de Colombes. Seules Nanterre et Rueil-Malmaison constituent des particularités. A ce sujet, Nanterre, commune voisine du sud de colombes fait partie des communes sous représentées dans ce profil de patients. Quant aux patients de Rueil-Malmaison, ils traversent la ville de Nanterre pour se soigner à l'hôpital Louis Mourier. Ils seraient motivés par d'autres facteurs différents de la proximité du service des urgences ou même différent des variables médicales (au regard des variables figurant dans la base de données) : en effet les patients de cette commune qui quittent leur domicile pour se rendre au service des urgences constituent

56% (154/275 patients situés au-delà du 7^e décile) des patients participant à la construction de ce profil.

Par rapport au second facteur, il existe une relation entre l'âge, l'hôpital de consultation et la distance parcourue par les patients et sa provenance : aux consultants de l'hôpital Louis Mourier s'opposent ceux de Max Fourestier.

Les patients de Max Fourestier tendaient à parcourir de longues distances, le plus souvent au-delà de 5 km. Ces patients sont généralement victimes d'accidents, de chutes, de panaris ou souffrent de problèmes consécutifs à des interventions chirurgicales. La plupart des patients de ce groupe sont des jeunes dont l'âge est compris entre 25 et 30 ans et tendaient à quitter leur lieu de travail, d'autres établissements de soins ou encore de lieux publics pour des soins d'urgence.

Quant aux consultants de Louis Mourier, il s'agit de patients qui parcourent moins de 5 km (mais tendent à venir plutôt de Colombes pour des soins d'urgence traumatologiques (Graphique 10). Pour la plupart des personnes âgées, ces patients tendent à quitter des EHPAD, mais ne consultent pas pour des problèmes traumatologiques particuliers.

Les différences constatées suivant la distance potentielle parcourue par les patients nous conduit à rechercher des localisations spatiales des patients ayant consulté pour traumatologie par rapport aux facteurs explicatifs. Nous nous sommes limité à la spatialisation de 30% des patients qui participent à la construction de chaque profil identifié par rapport au premier facteur (Carte 10).

Les profils de patients ayant consulté pour traumatologie, comparativement au profil de l'ensemble de patients permet deux constats majeurs : une opposition entre les consultations de Louis Mourier et de Max Fourestier d'une part, et d'autre part une opposition entre les patients de Nanterre et ceux des autres communes d'Ile-de-France.

Les analyses issues des caractéristiques de l'ensemble des patients des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier ont révélé que l'hôpital de prise en charge lui-même et l'accessibilité théorique à cet hôpital pouvaient être des facteurs discriminants dans le recours aux soins d'urgence, que le motif de consultation relève de la traumatologie ou d'autres

motifs. Il nous a semblé important, dans la suite de notre travail, de faire des analyses stratifiées sur la base de ces deux variables, afin de rechercher des groupes homogènes de patients présentant des caractéristiques similaires.

En fonction de la distribution des patients de chacun des deux hôpitaux suivant la distance parcourue, nous avons retenu trois strates d'analyse, au sein desquelles seront étudiées les populations qui ont recouru aux services d'urgence en 2008 (Tableau 3). Chaque hôpital reçoit des patients venant de toutes les strates, mais les consultants de l'hôpital Max Fourestier parcourent de longues distances et se recrutent dans un nombre plus important de communes que ceux de Louis Mourier (Carte 11).

Les strates retenues ont été découpées comme suit :

- Strate périphérique : elle regroupe les malades dont la commune de résidence se situe à plus 5 km de l'hôpital ayant pris en charge ce patient. On y retrouve des communes de résidence de patients ayant parcouru 103 km ;
- La strate intermédiaire regroupe les communes situées entre 2 et 5 km de l'hôpital où des patients se sont rendus ;
- La strate intérieure porte sur la commune (Nanterre ou Colombes) d'implantation de l'hôpital. Il s'agit à ce niveau de patients ayant consulté au sein de leur commune de résidence (distance parcourue inférieure à 2 km).

Au sein de chaque strate, la population a été regroupée en deux catégories : les patients de 15 à 69 ans et ceux ayant au moins 70 ans.

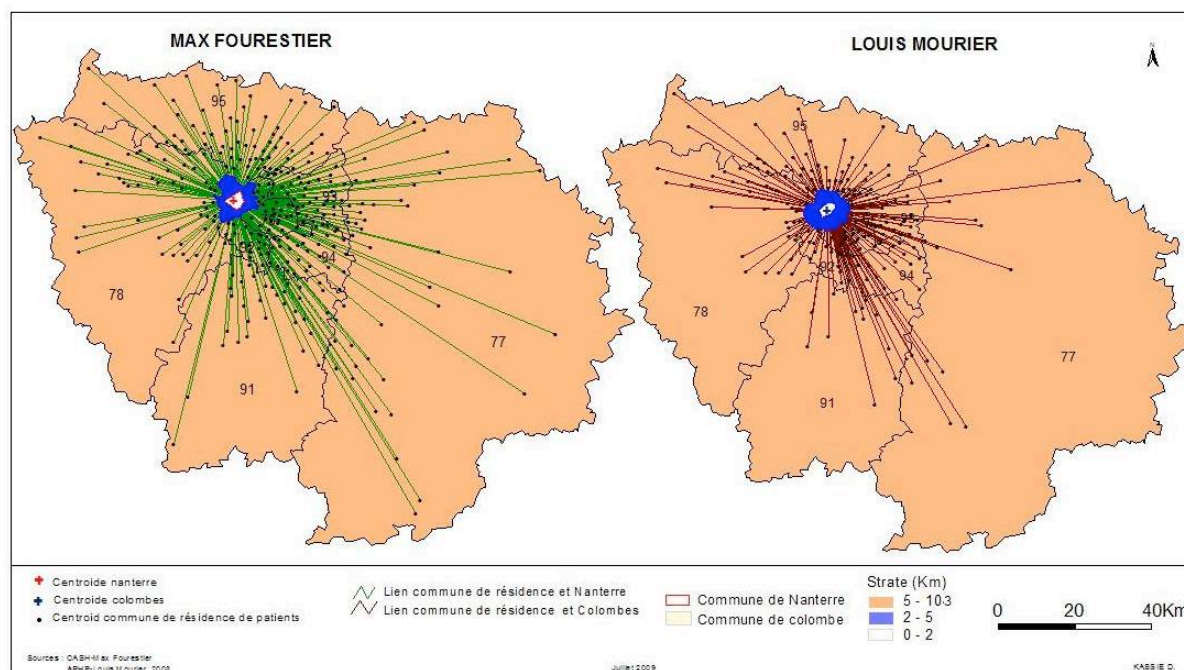
Tableau 3 : Nombre et Fréquences de patients de chaque hôpital par âge et par strate

Strates	Louis Mourier			Max Fourestier		
	[15-69]	[70 et +]	Total Louis Mourier	[15-69]	[70 et +]	Total Max Fourestier
Strate intérieure (< 2 km)	4766 (40,3%)	838 (7,1%)	5604 (47,4%)	7856 (42,8%)	1251 (6,8%)	9107 (49,7%)
Strate intermédiaire (2- 5 km)	4394 (37,2%)	731 (6,2%)	5125 (43,4%)	5323 (29,0%)	866 (4,7%)	6189 (33,7%)
Strate périphérique (> 5 km)	1023 (8,7%)	62 (0,5%)	1085 (9,2%)	2679 (14,6%)	365 (2,0%)	3044 (16,6%)
Total	10183 (86,2%)	1631 (13,8%)	11814 (100%)	15858 (86,5%)	2482 (13,5%)	18340 (100%)

Source : CASH-Nanterre Max Fourestier ; APHP-Louis Mourier, services des urgences, 2008

Indépendamment de la classe d'âge et de l'hôpital, on observe une diminution du nombre de patients suivant la distance.

La proportion de patients dans les strates intérieures et périphériques est plus importante à Max Fourestier qu'à Louis Mourier. C'est l'inverse dans la strate intermédiaire. Ces tendances semblent influencées par les flux de patients entre les deux communes : les résidents de Nanterre qui consultent à Louis Mourier et les résidents de Colombes qui consultent à Max Fourestier. La recherche de profil de patients nous permettra de mieux appréhender cette hypothèse.



Carte 10 : Stratification de la zone d'étude par niveau d'accessibilité

I-3. Les discriminants de la strate périphérique : des pathologies à Louis Mourier et des périodes à Max Fourestier

A Max Fourestier, les soins d'urgence ont été prodigués en 2008 à 3 044 patients résidant à plus de 5 km de l'hôpital dont 60,7% d'hommes. Les patients de 20 à 30 ans représentaient à eux seuls plus d'un quart (25,3%, soit 799/3 044) de l'ensemble des consultants. Les patients de moins de 70 ans représentaient 88% des consultants (2 679 patients). La catégorie des personnes âgées (au moins 70 ans) ne constituait que 12% (365 patients) de l'ensemble.

C'est au cours de la période printanière (avril à juin) que le service d'urgence de Max Fourestier était le plus fréquenté par les patients résidant à plus de 5 km, avec 46,2% (1 408/3 044) des passages. Plus de la moitié des consultations (50,8%) relevait de la traumatologie. La

même tendance est observée suivant la provenance des patients en ce sens que 52,6% (1 600) ont quitté leur domicile pour le service d'urgence de Max Fourestier.

A Louis Mourier, 1 085 patients habitant à plus de 5 km se sont rendus aux urgences de Louis Mourier. On y dénombrait 583 femmes (soit 53,7%). 26,5% (287/1085) de ces patients avaient entre 20 et 30 ans. La totalité des patients de moins de 70 ans se chiffrait 94,2% (1023/1 085), contre 5,8% chez les patients d'au moins 70 ans. La traumatologie (19,9%) et la gastroentérologie (15,4%) prenaient en charge la majorité des consultations d'urgence à Louis Mourier en 2008. La part des patients venant de leur domicile pour des soins d'urgence représentait 49,3% (535/1 085 patients) dans cet hôpital.

L'analyse des correspondances multiples des caractéristiques de ces patients de cette strate met en exergue différents profils.

I-3.1. . Une opposition entre profil de patients d'hivers et des autres périodes de l'année à Max Fourestier

A Max Fourestier, chez les moins de 70 ans, le premier facteur récupérant 25,6% de l'inertie totale révèle que les patients qui tendaient à passer aux urgences entre janvier et mars s'opposent aux autres patients. Ces consultations sont effectuées par des patients dont l'âge oscillait entre 55 et 65 ans.

Dans cette même strate, chez les patients d'au moins 70 ans, 27,6% des variabilités sont récupérées par le premier facteur du graphique factoriel. Par rapport à ce facteur, les consultations d'été (juillet et septembre) s'opposent à celles d'hiver (janvier à mars). En été, les patients de plus de 85 ans tendent à se rendre aux urgences les dimanches. A l'opposé, ce sont des patients de 75 à 80 ans qui tendent à passer aux urgences en milieu de semaine (mercredi et jeudi).

Dans la strate périphérique, que chez les patients âgés de 15 à 69 ans ou chez ceux âgés d'au moins 70 ans, la période hivernale est un facteur discriminant dans le recours aux urgences de l'hôpital Max Fourestier. Ces patients qui parcourent de longues distances ne consultent pourtant pas pour un motif bien défini.

I-3.2. Des consultations relevant de la dermatologie et de la gastroentérologie à tous âges à Louis Mourier

A Louis Mourier, le premier facteur explicatif (18,5% de l'inertie totale) met à jour une relation entre l'âge, le motif de consultation. En effet d'un côté, sont regroupés des patients qui consultent pour des motifs relevant de l'urologie ou de la pneumologie. On y retrouve les plus jeunes et les plus âgés des patients de cette catégorie d'âge (15 à 20 ans, 55 à 60 ans, 65 à 69 ans). A l'opposé, les patients d'âge intermédiaires (30 à 55 ans) tendent à consulter pour des problèmes de gastro-entérologie, de neurologie et de dermatologie. Ces patients viennent essentiellement de leur lieu de travail.

Concernant le sujet de plus de 70 ans, un facteur explique (20,9%) des variations de profil. Les pathologies traitées aux urgences ont trait à des problèmes cardio-vasculaires, de dermatologie ou de gastro-entérologie. Ce sont essentiellement des personnes de plus de 80 ans qui viennent pour ces problèmes. Les patients dont le profil s'oppose à cette première catégorie sont essentiellement des patients qui consultent pour les autres motifs non recensés aux urgences. La classe d'âge la plus représentée de ce profil est représentée par les usagers de 75 à 80 ans.

Si à Max Fourestier c'est la période de consultation qui était la plus discriminante, à Louis Mourier, il s'agit du motif de consultation. Les pathologies n'étant pas les mêmes chez les jeunes et les personnes de 70 ans et plus. Toutefois, les problèmes de dermatologie et de gastro-entérologie ont conduit une part des patients de toutes les classes d'âge aux urgences de Louis Mourier.

Pour des patients d'une même catégorie d'âge, les profils sont différents en fonction de l'hôpital de prise en charge : les patients de Louis Mourier âgés de 15 à 69 ans présentent un profil différent de ceux Max Fourestier de la même catégorie d'âge. Il en est de même chez les consultants de 70 ans et plus.

I-4. Typologie des patients de la strate intermédiaire des services d'urgence

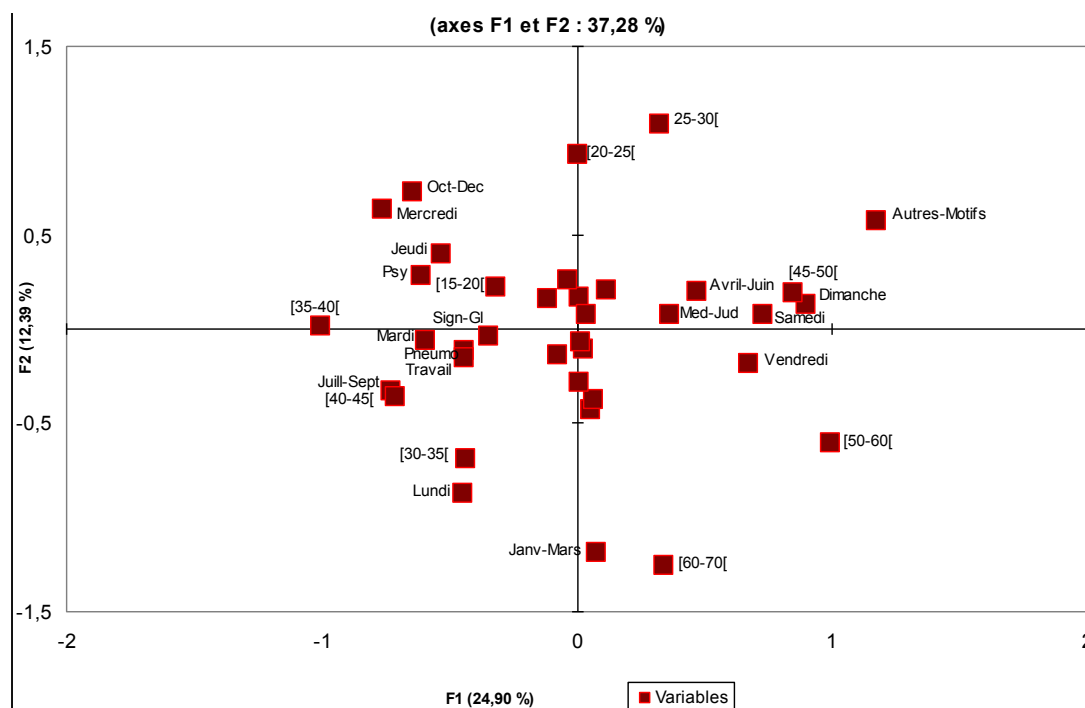
Dans la strate intermédiaire, un total de 5 125 patients est passé aux urgences de Louis Mourier, dont 653 résidents de Nanterre (12,7%), 3 493 (68,1%) résidents d'autres communes des Hauts-de-Seine et 979 habitants d'autres communes d'Ile-de-France. Dans ce groupe, la provenance de 34,4% (1 764/5 125) des patients n'est pas renseignée. Les tendances (par

variable) de ce groupe sont les mêmes que celle de l'ensemble des consultants de l'hôpital : répartition quasi-uniforme des patients sur toute l'année (environ 25% des patients par période de l'année), plus de femmes que d'hommes (55,8 et 44,2%), les sujets de 20 à 30 ans représentent la classe modale (22,2% soit 1 137 patients). La traumatologie (18,9%) et la gastro-entérologie (15,8%) sont les secteurs médicaux dont relève la plupart des patients.

A Max Fourestier, sur les 6 189 consultations, les tendances globales dans la strate intermédiaires fluctuent selon la variable considérée. A ce sujet, près de la moitié des passages (3 076 patients, soit 49,7%) ont lieu entre avril et juin ; les hommes représentaient 57,95% (3 587/6 189) des consultants; plus d'un patient sur cinq (21,6, soit 1 337/6 189) est d'âge compris entre 20 et 30 ans. Concernant les motifs de consultation, plus de la moitié (50,70%) des soins prodigués relèvent de la traumatologie. La distribution des patients suivant les jours de la semaine est quasi-uniforme : lundi (14,05%, soit 870/6 189), mardi (14,68%, soit 909/6 189), mercredi (13,16% soit 815/6 189), jeudi (13,38% équivalant à 828/6 189 patients), vendredi (15,67%, soit 970 /6 189), samedi (15,33% 949/6 189) et le dimanche (13,7% correspondant à un effectif de 848/6 189 usagers).

L'analyse des relations entre variables révèle différents profils de patients. En outre, en termes de localisation, des oppositions apparaissent entre certaines communes.

I-4-1. Le jour de consultation, un facteur discriminant à tous âges à Max Fourestier

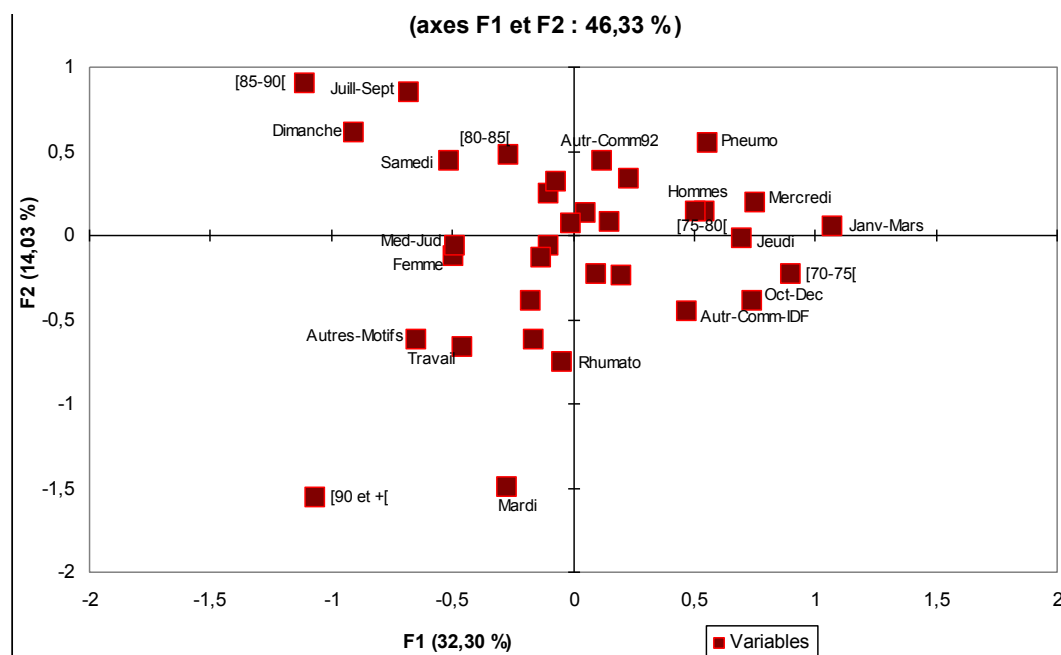


Sources : CASH-Nanterre Max Fourestier, service des urgences, 2008

Graphique 11 : Profil des patients de 15 à 69 ans ayant consulté à Max Fourestier

A Max Fourestier, dans la catégorie des patients de 15 à 69 ans, il existe une relation entre le motif, le jour, la période de consultation et l'âge des patients : aux consultations réalisées en fin de semaine (vendredi) et les week-ends (samedi et dimanche), s'opposent celles effectuées au cours de la semaine (mardi, mercredi et jeudi) (Graphique 11). Les sujets qui ont tendance à consulter au printemps sont essentiellement pris en charge les fins de semaine et week-ends. Les pathologies en cause relèvent de motifs médico-judiciaires ou n'appartiennent à aucune des grandes typologies établies par le système de soins d'urgence (autres motifs). Les disparités spatiales dans la répartition des 30% de patients influençant le plus la construction des profils extrêmes révèlent une surreprésentation des communes du nord (Colombes, Bezons, La Garenne-Colombes, Courbevoie) et du sud (Rueil-Malmaison) dans la strate intermédiaire (Carte 11).

A l'opposé, les patients qui passent aux urgences de Max Fourestier au cours de la semaine ont tendance à consulter pour des problèmes psychologiques, des signes généraux, ou des problèmes de pneumologie. Ces patients ont tendance à venir de leur lieu de travail pour des consultations d'urgence. C'est essentiellement pendant la période estivale que ces patients sont pris en charge. La même configuration spatiale apparaît pour ces patients que pour le profil qui lui est opposé : les communes du nord et du sud sont surreprésentées, tandis que celles d'ouest et d'est sont sous-représentées.



Sources : CASH-Nanterre Max Fourestier, service des urgences, 2008

Graphique 12 : Profil des patients d'au moins 70 ans ayant consulté à Max Fourestier en 2008

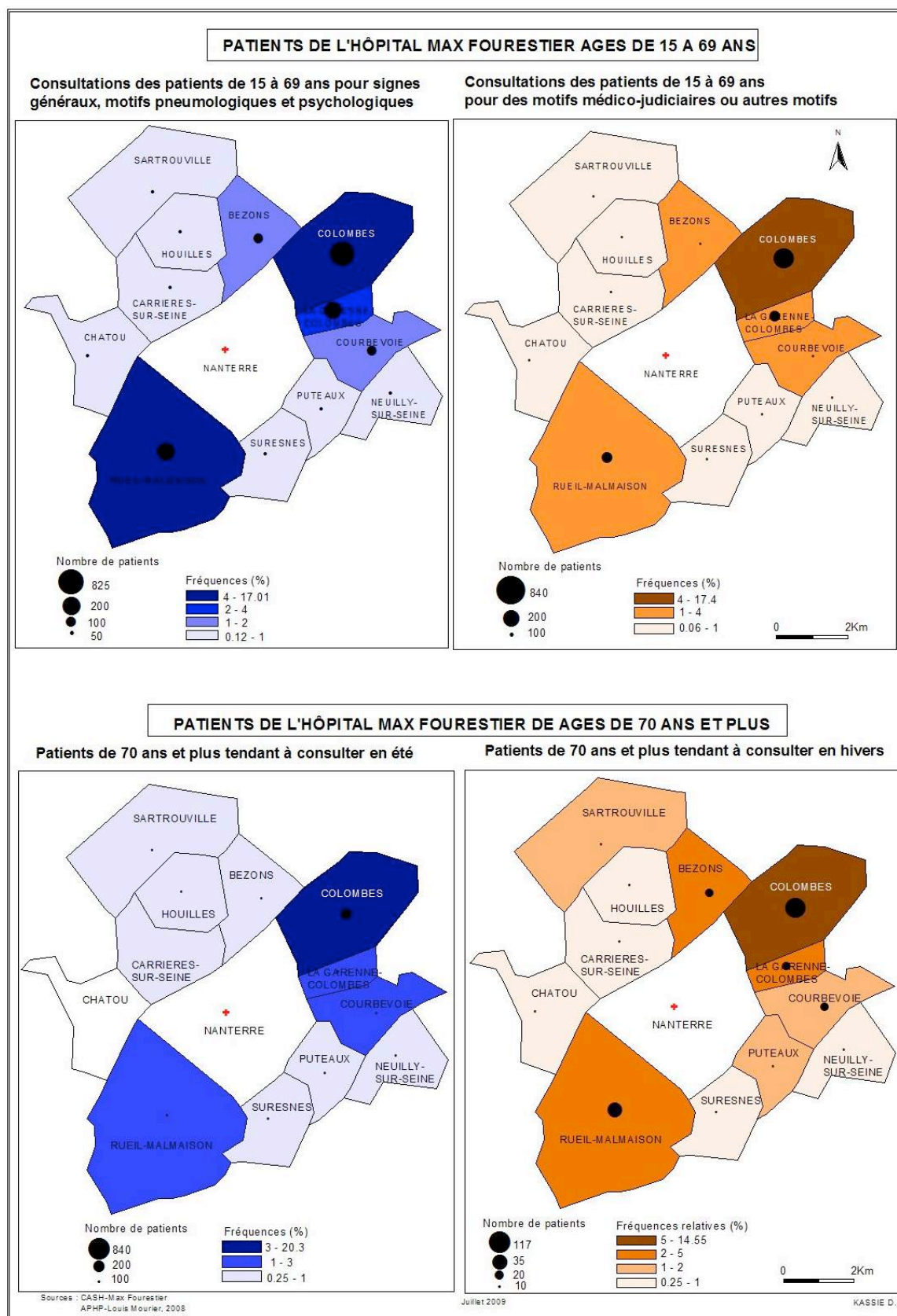
Quant aux patients âgés d'au moins 70 ans qui ont été pris en charge à Max Fourestier, on note également une opposition (toujours par rapport au premier axe factoriel) entre des passages aux urgences les week-ends et ceux des autres jours de la semaine. Deux autres oppositions sont mises en exergue suivant la période de l'année et le sexe du patient (Graphique 12).

En été, les consultations tendent à être réalisées les week-ends par des femmes. Les malades se déplacent pour des problèmes médico-judiciaires ou relevant d'autres motifs. Ces patients ont tendance à quitter leur lieu de travail pour le service d'urgence. Il existerait en France environ 30 000 personnes âgées de 65 ans et plus en activité dans le secteur privé¹⁷ (Actu Senior, 2009). Ce profil correspond aux caractéristiques de patients âgés de 70 à 80 ans. Les patients résidant au nord-est (Colombes, La Garenne-Colombes et Courbevoie) et au sud (Rueil-Malmaison) de la commune de Nanterre prédominent dans cet agrégat de patients aux caractéristiques semblables (Carte 11).

En hiver et en automne, c'est essentiellement les mercredis et jeudis que nombre de personnes âgées (de plus de 80 ans) viennent aux urgences. Pour la plupart des hommes, ces patients ont tendance à consulter pour des problèmes de pneumologie. Les communes de résidence de ceux d'entre eux (qui contribuent essentiellement à la construction de ce profil) sont essentiellement situées au nord-est et au sud de la commune de Nanterre, à l'instar des patients du profil opposé.

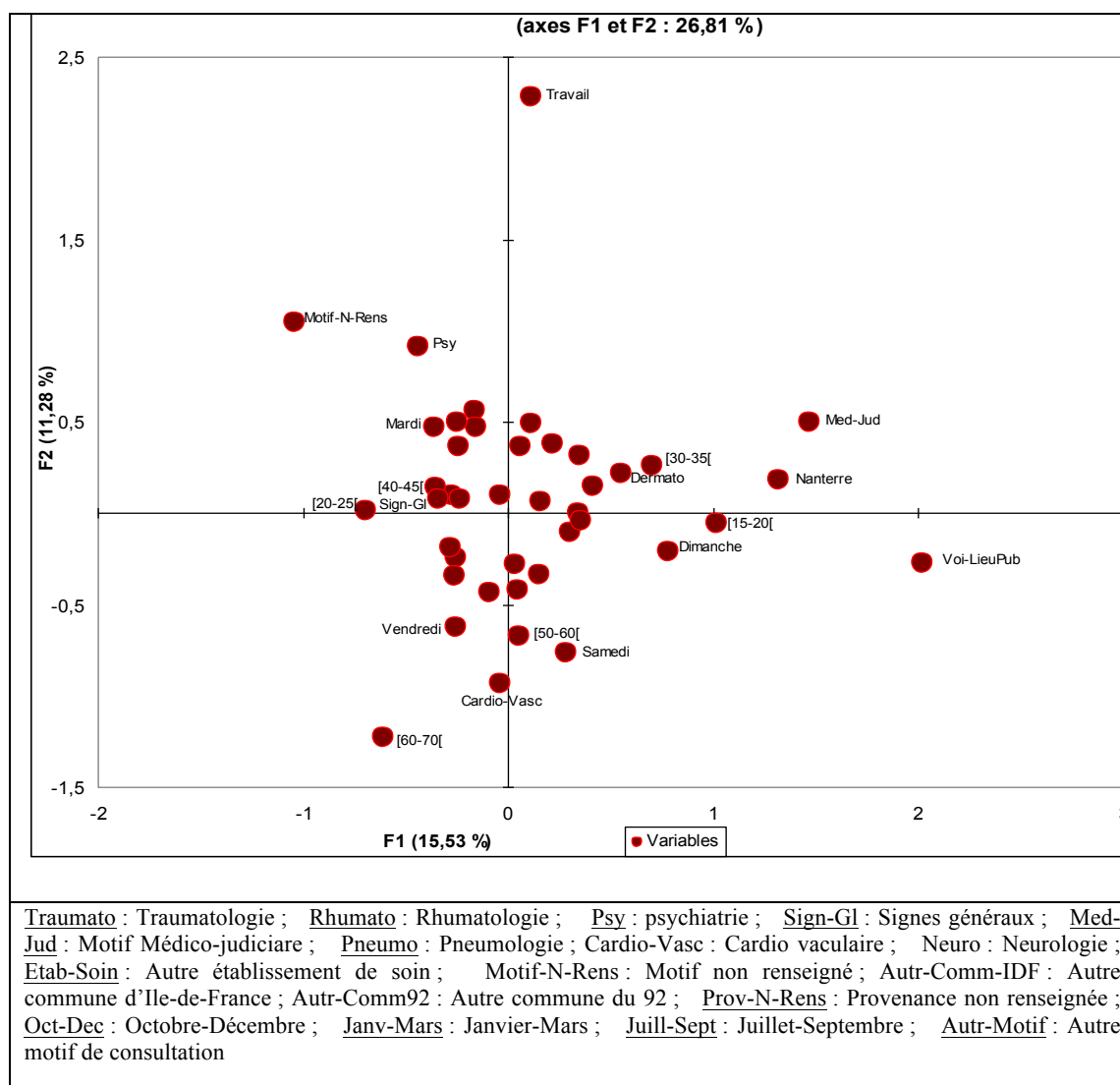
En somme, à Max Fourestier, pour les deux catégories d'âge retenues, le jour et la période de passage aux urgences sont des variables discriminantes. Les différenciations spatiales dans la constitution des profils révèle l'opposition de deux diagonales (avec Nanterre comme zone d'intersection) en termes de sur-représentativité et de sous représentativité pour les deux catégories d'âges considérées : les communes du nord et du sud de Nanterre (à forte proportion de patients) s'opposent à celles de l'est et de l'ouest de la commune (ayant de faibles proportions de consultants).

¹⁷Ce chiffre était l'un des arguments avancés par les partisans de la mesure visant à reporter l'âge de la retraite à 70 ans en France.



Carte 11 : Profil des patients de l'hôpital Max Fourestier en 2008

I-4-2. Un groupe particulier à Louis Mourier : les patients résidant à Nanterre



Sources : APHP-Louis Mourier, service des urgences, 2008

Graphique 13 : Profil des patients de Louis Mourier âgés de 15 à 69 ans

A l'observation du graphe factoriel des caractéristiques des usagers de 15 à 69 ans, une relation se dessine entre la provenance, le motif de consultation et le lieu de résidence. En effet, une opposition apparaît entre les patients de Louis Mourier résidant à Nanterre et les patients habitant dans d'autres communes. Le premier groupe de patients avait tendance à venir de lieux publics, pour des problèmes médico-judiciaires ou dermatologiques. Il s'agit essentiellement de jeunes patients (entre 15 et 20 ans) ou d'âges moyens (30-35 ans) qui tendaient à se présenter aux urgences les week-ends (Graphique 13, Carte 12). Certes les patients de Nanterre ont tendance à se rendre à Max Fourestier mais il est possible que pour des raisons autres que la proximité, à l'instar de l'affluence, d'une mauvaise perception de

l'hôpital ou bien d'autres facteurs, que certains patients optent pour les urgences de Louis Mourier.

L'analyse de la distribution spatiale d'une partie des patients (en deçà du 3^e décile et au-delà du 7^e décile suivant la distribution des individus sur le premier axe factoriel) montre des oppositions entre des communes au nord de Colombes et celles au sud de la même ville.

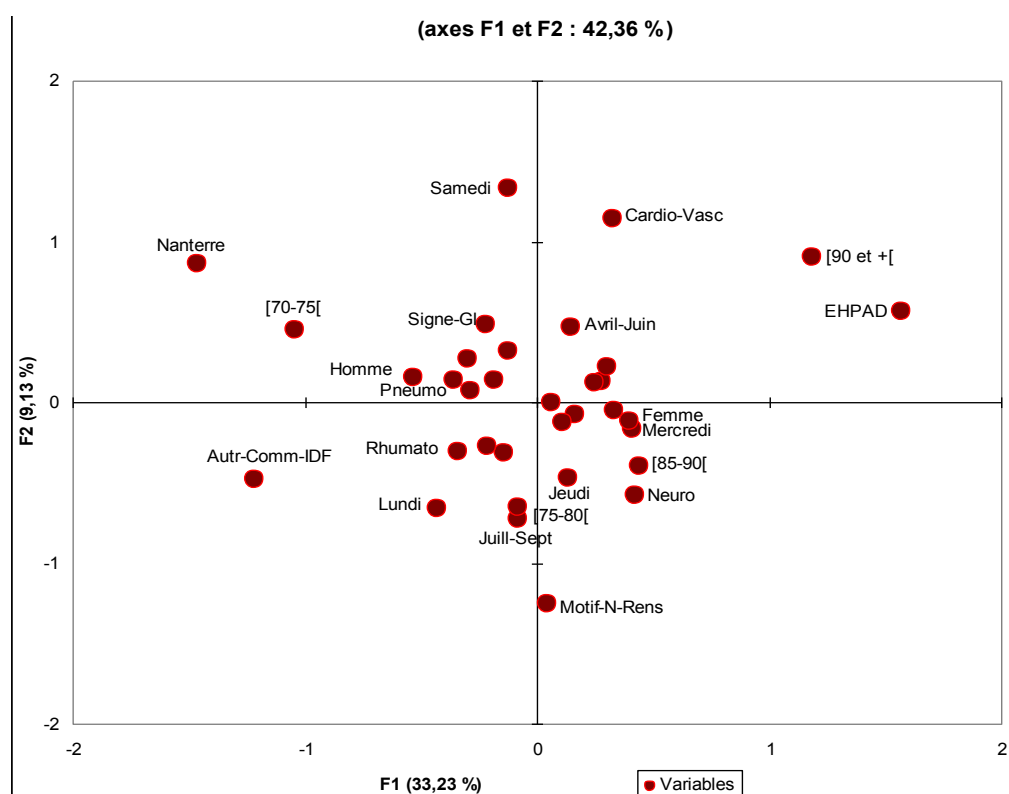
Les patients participant à la construction du profil du groupe des consultants pour des signes généraux ou des problèmes psychologiques sont surreprésentés dans les communes du nord de la strate (Gennevilliers, Asnières-sur-Seine, Bois-Colombes, la Garenne-Colombes, Courbevoie, Argenteuil, Bezons, Houilles), les communes du sud étant sous-représentées.

Nombre des patients tendant à venir de lieux publics, résident dans la ville de Nanterre. Pour ce profil, les patients de Nanterre qui se sont rendus à Louis Mourier pour des soins d'urgence s'opposent aux patients des autres communes du sud de la strate (Carte 12).

A l'opposé, les patients des autres communes qui tendaient à se rendre aux urgences consultaient pour des signes généraux ou des problèmes psychologiques. Au sein de cette même population, se retrouvent des patients dont le motif de consultation n'est pas renseigné. C'est au cours de la semaine (mardi et vendredi) que ces patients se sont rendus aux urgences.

Chez les sujets de 70 ans et plus (Graphique 14), l'âge et le lieu de résidence sont les variables participant le plus à l'établissement des profils, au regard de la relation qui existe entre ces deux variables. Suivant le lieu de résidence, patients originaire de Nanterre et dans d'autres communes d'Ile-de-France de France s'opposent aux résidents d'autres communes du département des Hauts-de-Seine. Nous notons à ce niveau que les moins âgés de cette catégorie (70 à 75 ans) résident aussi à Nanterre ou dans d'autres communes d'Iles de France. Pour la plupart des hommes, ces patients ont tendance à consulter pour des problèmes relevant de la rhumatologie ou de la pneumologie. C'est la ville de Nanterre qui est une fois de plus surreprésentée. Mises à part les communes du sud-est de la strate (Courbevoie, Puteaux, Neuilly-sur-Seine, Levallois-Perret et Clichy) les profils de communes de résidence de ces patients âgés d'au moins 70 ans tendent vers celui des personnes qui dont les problèmes de santé est survenu sur la voie publique (Carte 12).

Le profil opposé de patients se compose essentiellement d'usagers dont l'âge est supérieur à 85 ans. Essentiellement des femmes, ces patients tendaient à consulter pour des problèmes cardiovasculaires ou neurologiques. Ces consultants résident essentiellement dans quatre communes situées à l'est et au nord de la ville de Colombes (Gennevilliers, Bois-Colombes Asnières-sur-Seine, la Garenne-Colombes). Ce profil de patients se trouve fortement influencé par les résidents de la ville de Bois-Colombes.



Sources : APHP-Louis Mourier, service des urgences, 2008

Graphique 14 : Profil des patients de Louis Mourier âgés d'au moins 70 ans

Chez les moins de 70 ans, les patients de Nanterre viennent essentiellement aux urgences à après la survenue de problèmes dans des espaces publics. Pour les personnes âgées d'au moins 70 ans, les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes. En outre, mis à part la commune de Nanterre, ce sont les communes situées dans la partie au nord de la strate dont les résidants sont les plus représentés dans les deux groupes analysés.

La particularité notable dans cette strate est que les patients résidant à Nanterre se démarquent des autres consultants de l'hôpital Louis Mourier. Aussi la fracture spatiale nord/sud qui semblait se dégager doit finalement être relativisée, car Nanterre se trouve être la

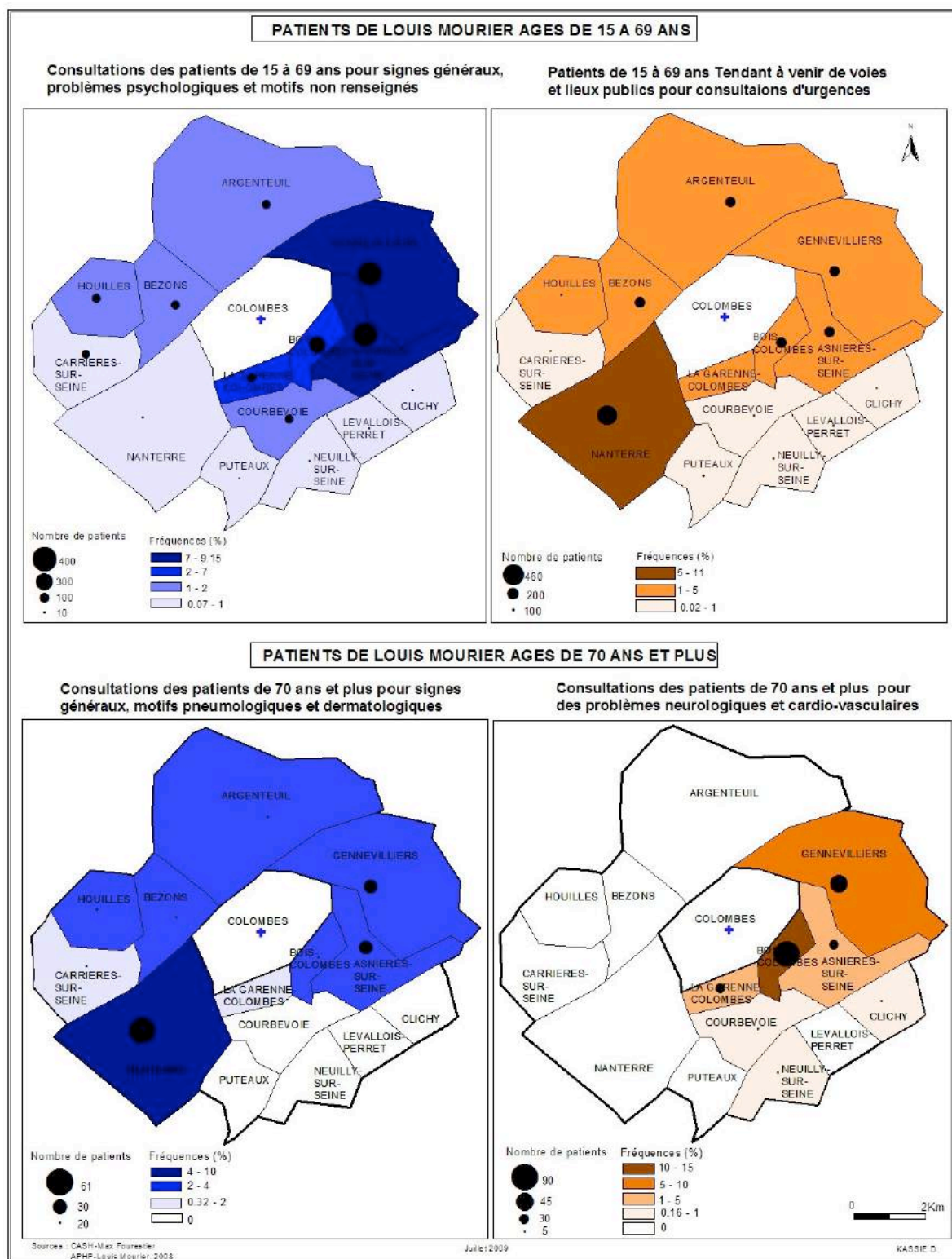
commune la plus représentée dans certains profils, et être totalement absente dans d'autres. En termes de pathologies, les patients qui consultent pour des signes généraux sont surreprésentés à Gennevilliers et Asnières-sur-Seine chez les moins de 70 ans, et à Nanterre chez les sujets âgés d'au moins 70 ans.

Tout comme à Max Fourestier dans la strate intermédiaire, le sexe est facteur discriminant dans le recours aux soins d'urgence à Max Fourestier.

En mettant en regard le profil des patients 15 à 69 qui ont consulté à Max Fourestier et ceux de la même tranche d'âge pris en charge à Louis Mourier, les signes généraux constituent la morbidité commune aux deux groupes. Ces patients se différencient par les autres motifs de consultation ainsi que leur provenance : certains patients de Max Fourestier venant de lieux publics constituent un profil à part. En termes de disparités, les patients de Colombes et de Rueil-Malmaison sont surreprésentés dans les principaux profils identifiés à Max Fourestier, tandis que ceux de Nanterre le sont parmi les usagers de Louis Mourier.

Pour les personnes de 70 ans et plus qui ont consulté à Max Fourestier et à Louis Mourier, les profils sont différents : la période de consultation est le principal discriminant à Max Fourestier, alors qu'il s'agit du motif à Louis Mourier. Les personnes âgées qui consultent à Louis Mourier pour des signes généraux ont tendance à venir de Nanterre.

Si dans les strates périphériques et intermédiaires, différents profils de patients se dégagent suivant l'hôpital de prise en charge, peut-on en dire autant pour les patients qui consultent au sein de leur commune de résidence ? Afin de répondre à cette question, nous porterons un regard sur les patients de la strate intérieure.



Carte 12 : Profil des patients de l'hôpital Louis Mourier suivant les deux principaux axes du graphe factoriel

I-5. Consulter en situation d'urgence au sein de sa commune de résidence : une morbidité diagnostiquée variable avec l'âge à Max Fourestier et Louis Mourier

La majorité des patients ayant consulté aux SU des deux hôpitaux résident dans la strate intérieure (comme d'implantation de l'hôpital de prise en charge). En effet, 47,4% (5 604/11 814) des patients de Louis Mourier résident à Colombes, au nombre desquels 40,3% (4 766/11 814) de 15 à 69 ans. A Max Fourestier ce sont 49,7% (9 107/18 340) des usagers qui résidaient dans la ville de Nanterre. Les patients de 15 à 69 ans représentaient une proportion de 42,84% (7 856/18 340).

I-5-1. Des jeunes (20 à 29 ans) pour tous motifs au printemps et des « anciens » (plus de 85 ans) en hiver à Max Fourestier

Pour un effectif de 7 243 patients de moins de 70 ans (sur les 7 856, soit 92,2%) retenus pour la recherche d'agrégats homogènes de patients aux caractéristiques semblables, une relation apparaît entre le motif de consultation, l'âge et la période de consultation. Par rapport au premier facteur qui récupère 27% de l'inertie totale, les jeunes de 20 à 30 ans ont tendance à se rendre aux urgences au printemps. La morbidité diagnostiquée chez ces patients ne faisait pas partie des principaux motifs de consultations constitués par le système de soins d'urgence (autres motifs de consultation).

A l'opposé, se trouvent les autres patients, qui tendaient à se rendre aux urgences en hivers, où sont surreprésentés les patients de 50 à 69 ans.

Des 1 251 patients ayant de la strate intérieure 1 169 (soit 93,4%) ont servi à établir des profils des consultants d'au moins 70 ans. Ce profil semble être une suite de celui des moins de 70 ans par rapport au premier axe factoriel (qui explique 28,9% des variabilités de profil). En effet, les usagers de moins de 85 ans tendent à se rendre aux urgences en hiver, à l'opposé des plus de 85 ans qui passent pour des soins urgents en été. Ces personnes consultent essentiellement les week-ends pour des problèmes relevant de la rhumatologie.

En somme, suivant les périodes de consultation, il ressort que l'ensemble des patients pourrait être regroupé en 3 catégories. Les patients de 20 à 29 ans qui tendent à se soigner au printemps, ceux de 30 à 84 ans consultant essentiellement en hiver, et les plus de 85 ans qui vont essentiellement aux urgences en été.

I-5-2. Des consultations de week-end pour rhumatologie chez des patients de 35 à 40 ans et des patients de plus de 85 ans venant d'EHPAD à Louis Mourier

A Louis Mourier, les profils de 4 742 patients de 15 à 69 ans (sur les 4 766, soit 99,1%) de la strate intérieure sont structurés en deux principaux groupes suivant le premier axe factoriel (13,2%) : les patients de 35 à 39 ans, le plus souvent des hommes tendent à venir de lieux publics pour des soins d'urgence. Le plus souvent réalisés les week-ends, ces passages sont motivés par des problèmes rhumatologiques ou médico-judiciaires. Cet agrégat s'oppose à celui des autres usagers des services d'urgences de Louis Mourier habitant la ville de Colombes.

Pour les sujets de 70 ans et plus, les profils de 802 patients, soit 95,7% des 838 usagers résidant à Colombes révèlent une relation entre l'âge, la provenance et le motif de consultation. Une opposition apparaît entre les personnes de plus de 84 ans et les autres usagers suivant le premier axe factoriel (31,8%). Aux âges avancés, les patients tendent à venir d'EHPAD. La morbidité diagnostiquée aux urgences fait état de problèmes cardiovasculaires, pneumologiques.

A Louis Mourier, les jeunes consultants tendent à venir de lieux publics et les personnes âgées d'EHPAD pour des soins d'urgence. Notons que la ville de Colombes se caractérise par une structure urbaine duale entre la frange nord et les quartiers sud. La structure résidentielle éclatée, les déséquilibres sociaux et l'inégale répartition des activités et des équipements au regard des besoins des populations de la commune ont justifié quelques interventions sur les trois quartiers prioritaires (Europe, Grèves/plateau, Fosses Jean Bouvier) définis dans le cadre des Contrats urbains de Cohésion Sociale (CUCS) (Mairie de Colombes, 2008). Une analyse des caractéristiques des patients de cette commune suivant leurs quartiers de résidence nous aurait permis d'apprécier des disparités sociales et spatiales du recours aux soins d'urgence. En effet, les trois quartiers prioritaires concentrent 42% des logements collectifs implantés sur la ville, 70% des logements sociaux, près de 50% de la population, 55% des demandeurs d'emploi, 69% des bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) (Marie de Colombes, op. cit.). Ce travail aurait été important d'autant plus que la santé fait partie des cinq thématiques prévues par le CUCS de Colombes. Il s'agit de l'accès à l'emploi et au développement économique, l'amélioration de l'habitat et du cadre de vie, la réussite éducative, la citoyenneté et la prévention de la délinquance, et enfin la santé.

En comparaison avec les consultations à Max Fourestier, nous notons une différenciation de profils suivant l'âge des patients : les jeunes patients qui consultent au sein de leur commune de résidence présentent un profil différent de celui des plus âgés qui se font également soigner au service d'urgence de leur lieu de résidence. Suivant l'hôpital de prise en charge, les périodes de passage, la provenance, les motifs et les jours de consultation diffèrent. C'est la provenance est un facteur discriminant chez les patients de 15 à 69 ans à Max. Pour la même catégorie d'âge à Louis Mourier, c'est la c'est la provenance et le motif de consultation qui participent le plus à l'établissement de profils.

Pour les personnes de plus de 70 ans, le motif de consultation et l'âge sont les caractéristiques qui participent le plus à la réalisation de profils de patients.

Pour l'ensemble des trois strates retenues pour nos analyses, nous avons pu mettre en exergue différents agrégats homogènes de patients suivant l'âge et la commune de résidence. Nous retenons que quelle que soit la strate, nous retrouvons toutes les modalités de nos différentes variables d'étude. En procédant par catégorie d'âge dans chaque strate, la seule différence qui se dégage est la provenance : les patients de 70 ans et plus viennent plutôt d'Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, ce qui n'est pas le cas des moins de 70 ans. Une conclusion plutôt logique au regard de la spécificité de ce type d'établissement.

Toutefois, des spécificités (profils) se dégagent quand il s'agit de procéder à des analyses dans chacune des deux catégories d'âges, que ce soit à Louis Mourier ou à Max Fourestier. La période de consultation, le jour, le motif, l'âge, la provenance et même la commune de résidence pouvant être des facteurs discriminants.

II- Les trajectoires de recours aux soins d'urgence des populations

La morbidité ressentie par un patient à la suite d'un problème peut affecter son temps de décision avant de se rendre dans un centre de soins. Le choix du centre de soins (dans notre cas, le service d'urgence), comme nous l'avons déjà souligné, peut dépendre de plusieurs facteurs. Ainsi du lieu de survenue du problème de santé, le patient peut se rendre directement aux urgences ou passer par d'autres établissements de soins. Afin de mieux appréhender les

itinéraires de recours aux soins des patients des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier, nous intéresserons aux données collectées dans les deux hôpitaux en 2008 et en 2009.

II-1. De la résidence aux urgences : quel itinéraire pour atteindre Max Fourestier ou Louis Mourier ?

La provenance des usagers des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier a été classée en cinq catégories, à savoir : le lieu de travail, la voie publique ou un lieu public, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et le domicile. A ces groupes il convient d'ajouter les patients dont la provenance n'est pas renseignée.

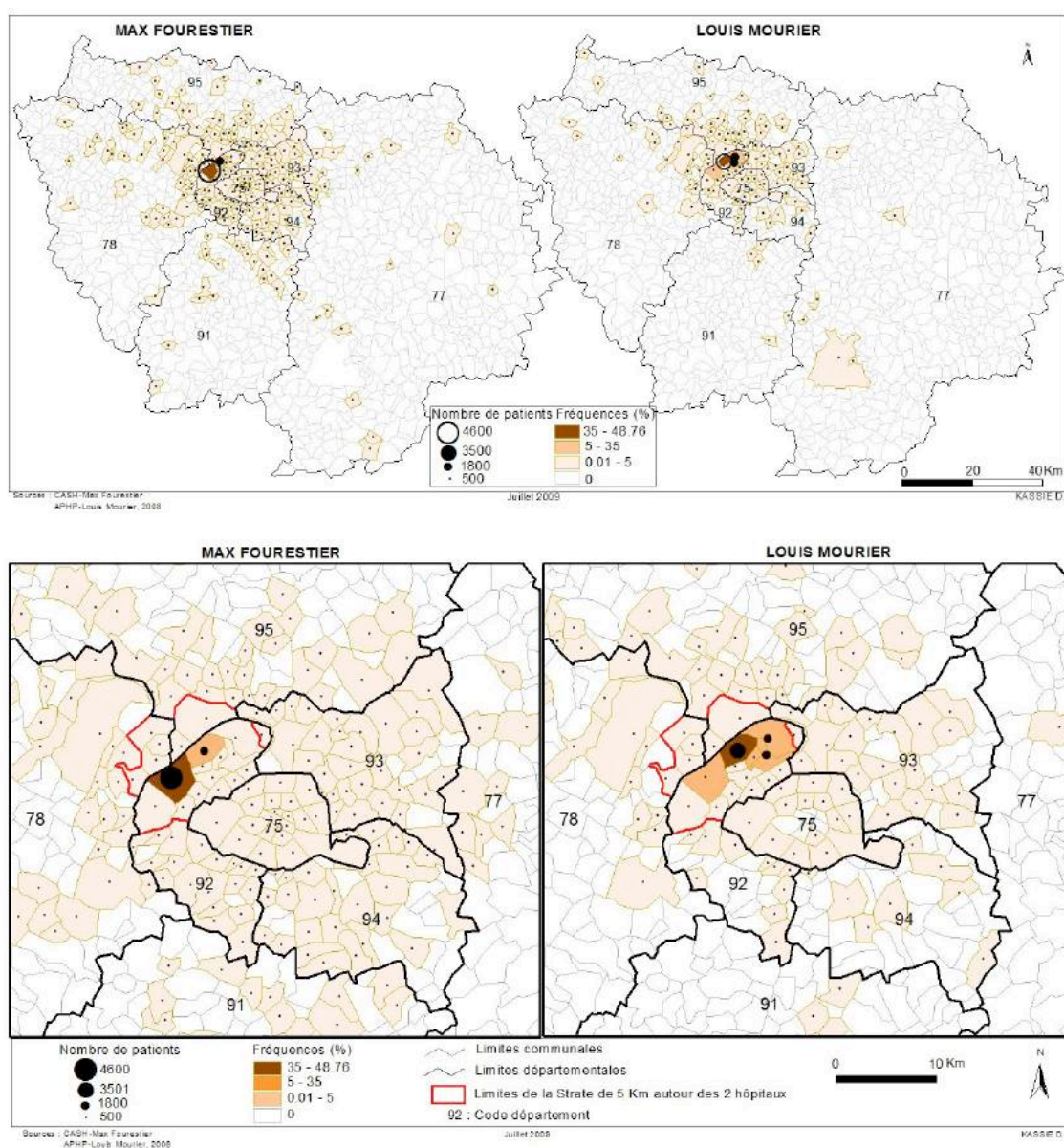
Pour chacun des hôpitaux et pour toutes les strates, près de la moitié des patients a quitté directement son domicile pour des soins d'urgence. Il s'agit de 56,6% (6 692/11 814) des patients de Louis Mourier et de 51,5% (16 128/18 340) de ceux de Max Fourestier. La provenance de 18,1% (3 322/18 400) des patients de Max Fourestier et de 33,4% (3 944/11814) de ceux de Louis Mourier n'est pas renseignée.

En 2008, très peu de malades sont passés par d'autres établissements de soins avant les services des urgences. La proportion de patients concernés est encore plus faible à Louis Mourier qu'à Max Fourestier : 0,7% (85/11 814) contre 5,7% (1 037/18 340). Le nom de l'établissement ayant orienté les patients n'étant pas précisé, il est possible que certains patients ayant consulté à Max Fourestier soient passés d'abord à Louis Mourier. En effet, lors de nos entretiens avec les usagers des deux hôpitaux (en 2009), certains patients enquêtés à Max Fourestier ont fait mention de Louis Mourier : *« ce sont les médecins de Louis Mourier qui nous ont orientés ici »* [36MF], *« (...) à Louis Mourier ils n'ont pas de service orthopédique »* [12MF]. D'après nos enquêtes qualitatives réalisées en 2009, 28,6% (16/56) et 34% (19/56) à Louis Mourier et Max Fourestier étaient passés par un autre établissement de soins avant les urgences. Différents arguments, au nombre desquels l'indisponibilité de leur médecin traitant¹⁸, ou une décision émanant de ce dernier ont été avancés par certains des patients qui sont passés dans d'autres établissements de soins avant les urgences.

¹⁸ *« (...) on est venu aux urgences parce qu'on ne pouvait pas attendre son médecin traitant » ou encore « j'ai appelé mon médecin traitant pour passer le soir, mais il ne peut me recevoir que le lundi. Je ne peux pas attendre pendant 5 jours avec mon mal ! Quand votre médecin traitant n'est pas disponible, les autres refusent de vous prendre. Ils vous demandent de passer aux urgences »* [14LM], nous ont dit certains patients.

La répartition spatiale des patients venant directement de leur domicile montre que la majorité des patients se rendaient directement au service d'urgence situé dans leur commune de résidence. Après les patients de Nanterre, l'hôpital Max Fourestier prend en essentiellement des patients de Colombes.

En termes de représentativité par rapport à l'ensemble des consultants, les patients de Nanterre constituent la population majoritaire consultante à Louis Mourier ; mais pour ceux qui viennent directement de leur domicile pour des soins d'urgence, ce sont les ressortissants des communes d'Asnières-sur-Seine, de Gennevilliers qui sont les plus répertoriés après ceux de Colombes (Carte 13).



Carte 13 : Zone de résidence des patients provenant de leur domicile

La provenance des patients, mise en regard avec leur adressant, ou encore le choix de l'hôpital évoqué plus haut laisse présager d'une utilisation des deux services d'urgences par les populations, notamment celles résidant à proximité des hôpitaux comme établissements de soins de premier recours. Dans un tel contexte, avec la loi sur la réforme « hôpital, patient santé et territoire », la reconversion de certains services d'établissements de santé pourrait engendrer une surcharge des services d'urgence de ces deux hôpitaux.

Le soin d'urgence est un problème complexe et primordial, et ce service constitue une interface entre la population et les différents services de l'hôpital. L'ordre de prise en charge des malades arrivés aux urgences est défini au moment du triage, en fonction de plusieurs critères (évoqués plus haut dans la classification clinique des malades aux urgences). Ces critères médicaux de prise en charge n'étant pas toujours connus des populations, qui s'estiment au contraire généralement en droit d'être pris en charge le plus rapidement possible. L'organisation médicale, mise en relation avec les conceptions individuelles et sociales de l'urgence peuvent conduire à des appréciations diverses de patients sur la qualité de leur prise en charge aux urgences.

II-2. Un niveau de satisfaction fortement dépendant du temps d'attente aux urgences

Afin d'apprécier l'implication des interactions entre patients et personnel médical, nous nous sommes intéressés au niveau de satisfaction des usagers au sujet des services qui leur étaient rendus aux urgences. Le point de vue des usagers par rapport à l'accueil et à la prise en charge aux urgences ont été les principales variables d'analyse.

A Max Fourestier, plus de la moitié (55,4%, soit 31/56) des patients estimaient avoir été « bien » accueillis à leur arrivée aux urgences. Un quart (soit 14 personnes) et 17,9% (10/56 enquêtés) jugeaient « assez bonne » et « mauvaise » la qualité de l'accueil qui leur avait été réservée.

Pendant qu'ils étaient encore en salle d'attente, nombre de patients estimaient avoir longtemps attendu : 39,3% (22/56) estimaient les délais d'attente « longs », et 17,9% (10/56) « très longs ». A part égale, 21,4% (12/56) trouvaient les temps d'attente rapide ou n'ont pas voulu se prononcer.

Au sujet de la prise en charge, les points de vue sont souvent littéralement opposés : « dans les environs, Nanterre¹⁹ est le meilleur hôpital » [54MF] ou « on parle mal de la qualité des soins à Nanterre » [43MF]. Nous retenons toutefois que la majorité des usagers a une vision positive de la qualité des soins : 35,7% (20/56) et 23,2% (13/56) qualifient de « bien » et d' « assez bien », la qualité de la prise en charge et donc des soins dispensés à Max Fourestier Même si 7 patients (12,5%) trouvent mauvaise la qualité des soins.

Puisqu'il s'agit de patients qui n'ont pas encore été pris en charge, un quart des enquêtés (soit 14/56) nous ont simplement demandé de patienter et se sont refusés à tous commentaires sur la réputation dont jouit l'hôpital où ils venaient pour des soins.

Si pour l'accueil, les usagers se sont prononcés, il n'en était pas de même des temps d'attente et de la prise en charge. Certains commentaires faisaient clairement état de la relation que les enquêtés établissent entre ces deux variables : « (...) pour la prise en charge et les délais d'attente, je me prononcerai après être passé (...). Pour l'instant je ne peux rien vous dire. Si je vous dis que c'est bien et je passe finalement dans 30 minutes, je vous dirai que ce n'est pas bien (...) » [7MF] ou « (...) je suis là depuis 5 minutes, je ne peux rien dire sur la prise en charge ou les temps d'attente » [46MF].

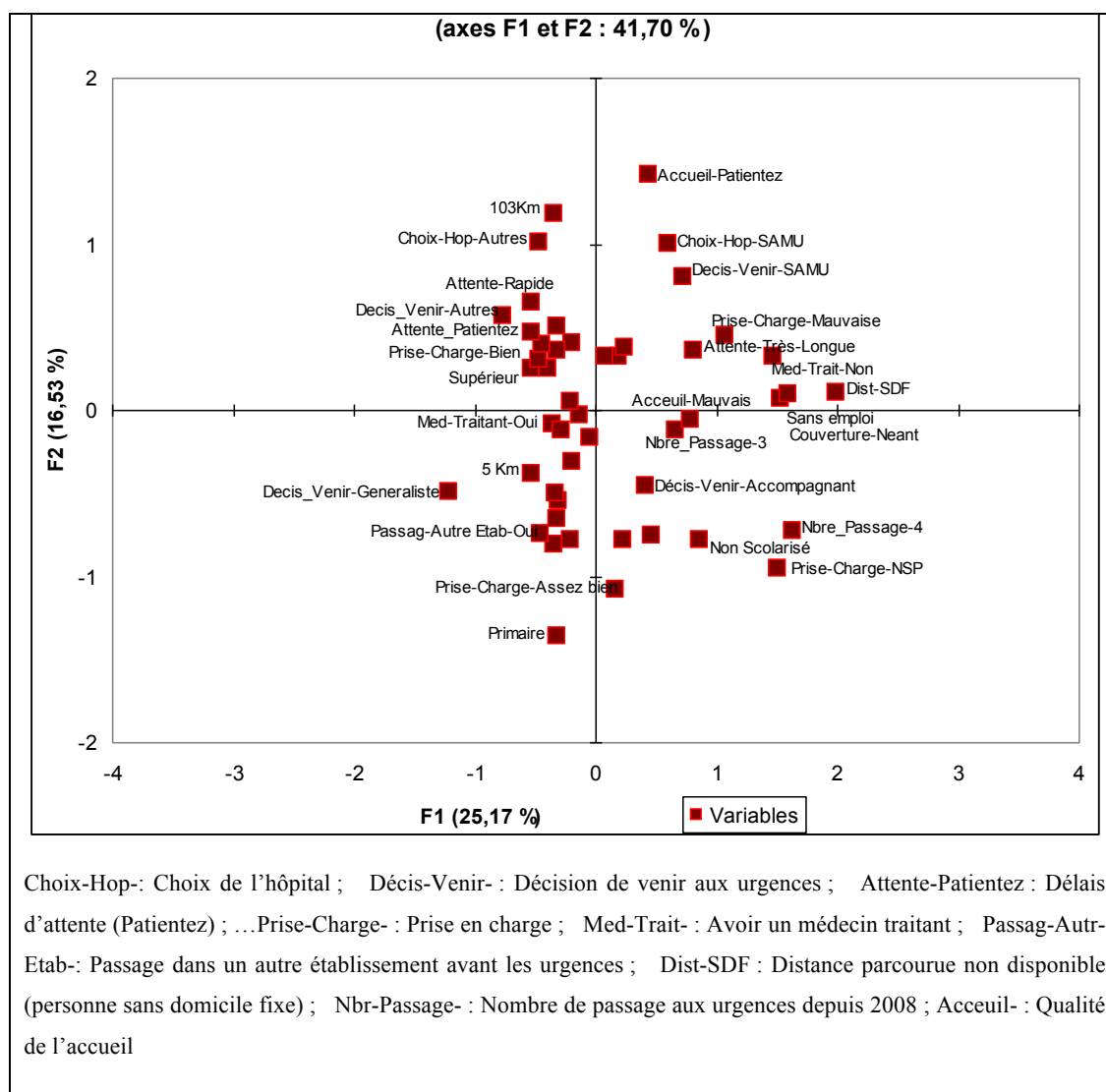
En recherchant des profils de patients qui se sont rendus aux urgences de Max Fourestier en 2009, deux catégories se dégagent par rapport au premier facteur, explicatif de 25,2% des variabilités dans la constitution de profils (Graphique 15).

Les usagers qui avaient tendance à trouver la prise en charge « mauvaise » et les délais d'attente « très longs » tendent à être des utilisateurs itératifs de ce service d'urgence. Entre janvier 2008 et février 2009, ils étaient à leur troisième ou quatrième passage aux urgences. Ce profil est essentiellement constitué de patients en situation précaire. Pour la plupart non scolarisés, ils n'ont ni emploi, ni couverture médicale, et n'ont pas de médecin traitant. Ce profil correspond à celui de la plupart des personnes sans domicile fixe ou des personnes habitant d'autres communes que Nanterre (profil opposé à celui des patients parcourant plus de 5 km). En France des études sur les inégalités d'accès aux soins et d'état de santé selon

¹⁹ En matière de soins, l'hôpital Max Fourestier semble bien intégré dans les pratiques des populations à tel point que le nom de la commune lui est souvent attribué. Il est souvent appelé l'hôpital de Nanterre ou tout simplement Nanterre.

l'appartenance sociale ont révélé que l'absence de couverture complémentaire diminue la probabilité de recours aux soins préventifs ; dans certaines situations, le facteur favorisant le recours aux soins curatifs (et d'urgence) est la difficulté d'accès aux soins préventifs (Lombrail P., 2000).

A l'opposé, de ce groupe défavorisé, se trouvent les patients satisfaits de leur prise en charge (jugée « bien »). Pour ces patients, les temps d'attente sont « rapides ». Il s'agit de patients qui ont un médecin traitant et suivent *a priori* un parcours de soins coordonné : ils ont pour la plupart un médecin traitant et ont été orientés aux urgences par un médecin généraliste. Ils sont passés dans un autre établissement de soins avant les urgences. Ces usagers ont tendance à venir pour la première ou la seconde fois en consultation aux urgences de Max Fourestier.



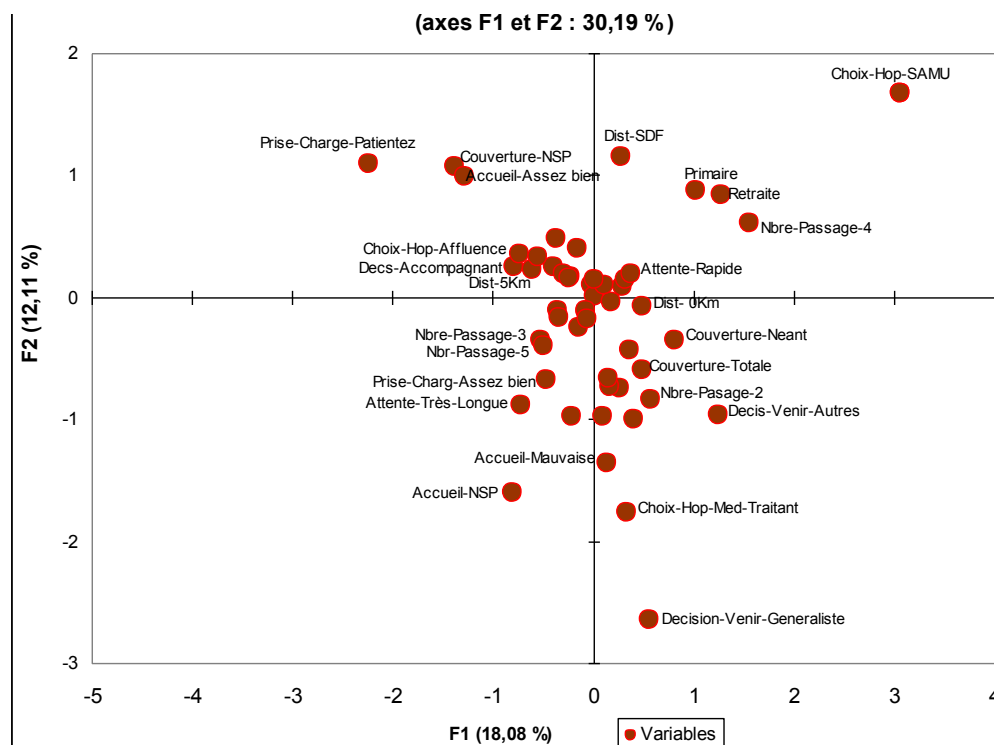
Source : KASSIE D., Enquêtes de terrain, Février-Mars 2009

Graphique 15 : Profil des patients de l'hôpital Max Fourestier en 2009

Cette catégorisation des patients suivant le niveau de satisfaction nous amène à nous demander si les patients défavorisés se présentent aux urgences de Max Fourestier essentiellement pour des soins moins urgents que les autres. Et finalement, si le service des urgences leur procure plutôt des soins de premier recours. Un début de compréhension de cette interrogation aurait nécessité une prise en compte des motifs de consultation. A ce sujet, les services d'urgence traitent des patients itératifs comme les autres, alors que, selon Lombrail P. *et al.* (2000), ce mode de recours traduit leur dépendance à l'égard de cette structure pour les soins ; une situation qui devrait conduire à considérer la nature du service qui leur est rendu, c'est-à-dire, une réponse ponctuelle à une demande analysée comme ponctuelle (Lombrail P. *et al.*, 1997). Le constat fait dans un hôpital parisien est illustratif de cette situation : les consultants qui se présentaient dans un service d'accueil des urgences pour un motif non urgent avaient des besoins de soins plus importants que les consultants dont le motif de consultation était considéré comme urgent (Lang T. *et al.*, 1996).

A Louis Mourier, 83,3% (47/56) et 10,7% (6/56) trouvaient que l'accueil aux urgences était « bien » ou « assez bien ». Seuls 2 patients estimaient avoir été mal accueillis. Tout comme à Max Fourestier, un nombre important de patients avait une opinion plutôt bonne de l'hôpital Louis Mourier. La part de ceux qui trouvaient que la prise en charge était bien ou assez bien était respectivement de 67,9% (38/56) et 16,1% (9/56). Les temps d'attente étaient jugés longs par la majorité (50%, soit 28/56) des consultants aux urgences de Louis Mourier.

D'un point de vue relationnel entre les différentes variables, il n'apparaît pas de profils particuliers clairement marqués comme à Max Fourestier (Graphique 16). Ceci semble être la caractéristique d'une moindre hétérogénéité des caractéristiques socio démographiques de cette population par rapport à celle de Max Fourestier.

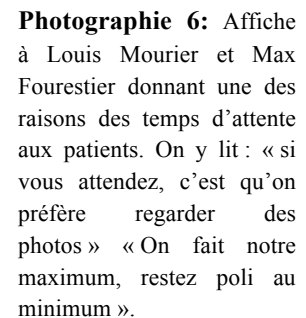
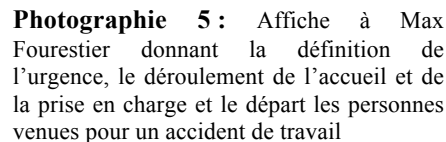
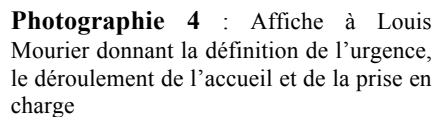


Source : KASSIE D., Enquêtes terrain Février-Mars 2009

Graphique 16 : Profil des patients de l'hôpital Louis Mourier en 2009

Toutefois, les témoignages de patients semblent nous guider au lien qu'ils établissent entre qualité des soins et délais d'attente : « *même si les soins sont de qualité, si les patients attendent longtemps, ils ne gardent que le côté négatif* » [31LM].

Dans chacun des deux hôpitaux, les temps d'attentes sont toujours estimés longs et déterminent en partie les relations entre usagers et personnel soignant au sein des services d'urgences. De nombreux supports visuels (photographies, posters, etc.) depuis la définition de l'urgence au processus de prise en charge, sont destinés à imprégner les usagers de certaines réalités des services d'urgence (Photographies 4 et 5). A titre indicatif, les patients sont informés que pour une consultation nécessitant un examen, les temps d'attente sont d'environ deux heures. Ces posters précisent toutefois que « *l'ordre de passage est fonction du degré de gravité et non de l'heure d'arrivée* » et que « *seul l'infirmier (ère) et le médecin peuvent déterminer le niveau d'urgence* ». Certaines parties de ces informations sont mise en exergue, de sorte de sorte à retenir l'attention des patients et/ou de leurs accompagnants sur les temps d'attente et l'ordre de passage qui semble aléatoire et sujet à diverses interprétations.



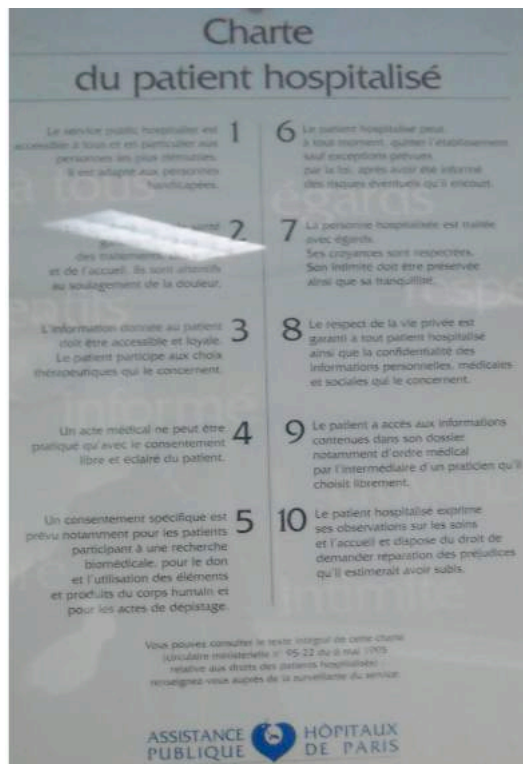
Cliché : KASSIE D., Enquêtes de terrain, Février-Mars 2009

Ces messages semblent être ignorés par nombres d’usagers qui ne tarissent pas d’interprétations. N’avons-nous pas souvent entendu des propos du genre « (...) *ceux qui sont conduits par les brancardiers de l’hôpital sont privilégiés par rapport à nous autres !* », « (...) *ils considèrent plus ceux qui sont amenés par les ambulances* » ou encore « *c’est parce que je n’ai pas la sécu qu’ils me font attendre !* ». D’autres en arrivent à donner leur propre définition de l’urgence et de la prise en charge, estimant avoir longtemps attendu : « (...) *ce ne sont pas des urgences ça ! Les urgences, ça veut dire, tu arrives et tu es rapidement pris en charge !* ».

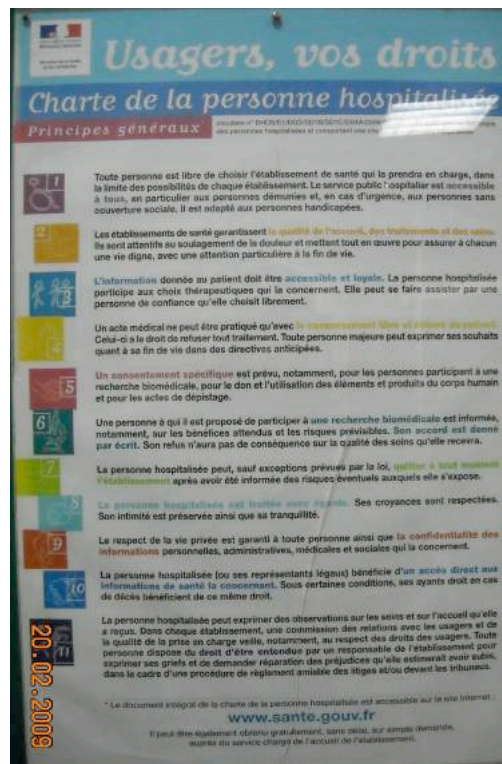
Quelques usagers plus attentifs aux affiches ou déjà informés sur les éventuelles raisons de l'attente, font preuve de plus de patience ou de compréhension : « *Quand on vient aux urgences, il faut toujours prendre son mal en patience. C'est le cas de presque tous les hôpitaux* » [33LM]. Pour certains, le plus important est d'avoir les soins à temps et ils pensent que « *même s'il faut attendre 5 heures de temps, il faut le faire !* » [47LM]. Les mêmes affiches fournissent d'autres explications : pour certains, s'ils attendent c'est que les médecins préfèrent regarder des photos (Cf. Photographie 6).

Dans les salles d'attente des urgences, en prévision des éventuels écarts de comportement, la « charte de la personne hospitalisée » ou « charte du patient hospitalisé »,

précisant les droits et devoirs du malade et de ses accompagnants vis-à-vis du personnel soignant, est cependant affichée (Photographies 7 et 8).



Photographie 7 : Affiche à Louis Mourier sur la charte du patient hospitalisé



Photographie 8 : Affiche à Max Fourestier sur la charte de la personne hospitalisée

Cliché : KASSIE D., Enquêtes terrain Février-mars 2009

Le fait qu'il ne se dégage pas de profil particulier à Louis Mourier serait lié au flux de patients entre les deux hôpitaux et à une tendance de certains utilisateurs récurrents des urgences à s'orienter vers Louis Mourier : « *A Nanterre, ils ne vous prennent pas au sérieux quand ils sont habitués à vous voir* » [49LM] disait un patient de Louis Mourier qui passait pour la 5^è fois aux urgences en moins d'une année. « (...) *je connais un peu Nanterre et j'ai comme l'impression que ça va un peu ici. C'est plus calme* » selon une autre [39LM].

Dans certaines situations, des « habitués » de l'hôpital Max Fourestier orientés à Louis Mourier, gardent une préférence pour le premier hôpital : « (...) *moi je préfère aller à Nanterre, j'y suis déjà allé pour consommation excessive d'alcool ; c'est mon frère qui m'a conseillé de venir ici* » [24 LM].

Au cours des nuits passées dans les deux hôpitaux, il nous a souvent été donné de constater que les deux services d'urgence, celui de Louis Mourier dans une moindre mesure, servaient d'abris à des personnes sans domicile fixe (Photographies 9, 10, 11, 12).



Photographie 9 : SDF en salle d'attente des urgences de Louis Mourier



Photographie 10 : SDF en salle d'attente des urgences de Louis Mourier



Photographie 11 : SDF en salle d'attente des urgences de Max Fourestier



Photographie 12 : SDF en salle d'attente des urgences de Louis Mourier

Cliché : KASSIE D., Enquêtes de terrain, Février-Mars 2009

Outre les affiches (moyen de communication écrite) destinées à informer les usagers, il y a les échanges directs (communication orale) entre patients et personnel soignant. Comme nous l'avons constaté, chaque fois qu'un patient était appelé dans l'optique d'être soigné, les questions que posaient les autres à l'infirmier (ère) étaient pratiquement en lien avec le temps. Le même comportement se notait quand des indications étaient fournies à un accompagnant sur l'état d'un malade. Le plus souvent une indication approximative était donnée sur l'ordre de passage, pour contenter certains patients en attendant le moment de leur passage.

Pour un facteur aussi subjectif que le temps d'attente (déterminant du niveau de satisfaction), il n'était toujours pas évident pour les usagers de se prononcer sur ce qu'ils souhaiteraient voir améliorer dans le fonctionnement des deux services d'urgence : 50% (28/56) des patients à Louis Mourier et 55,4% (31/56) à Max Fourestier n'ont aucune proposition. Même s'ils reconnaissent que cela ne dépend pas du personnel soignant, 28,8% (15/56) à Louis Mourier et 28,6% (16/56) à Max Fourestier préconisent à juste raison, une augmentation du personnel soignant.

Les différentes analyses développées précédemment considéraient l'aire d'influence propre à chaque hôpital. Afin de mieux cerner les quelques tendances préférentielles des usagers des urgences, pour l'un ou l'autre des deux hôpitaux, nous analyserons les aires d'influence communes des deux hôpitaux.

III- Caractéristiques des patients résidant dans des aires communes de chalandise : une opposition entre profil de patients de Louis Mourier et ceux de Max Fourestier

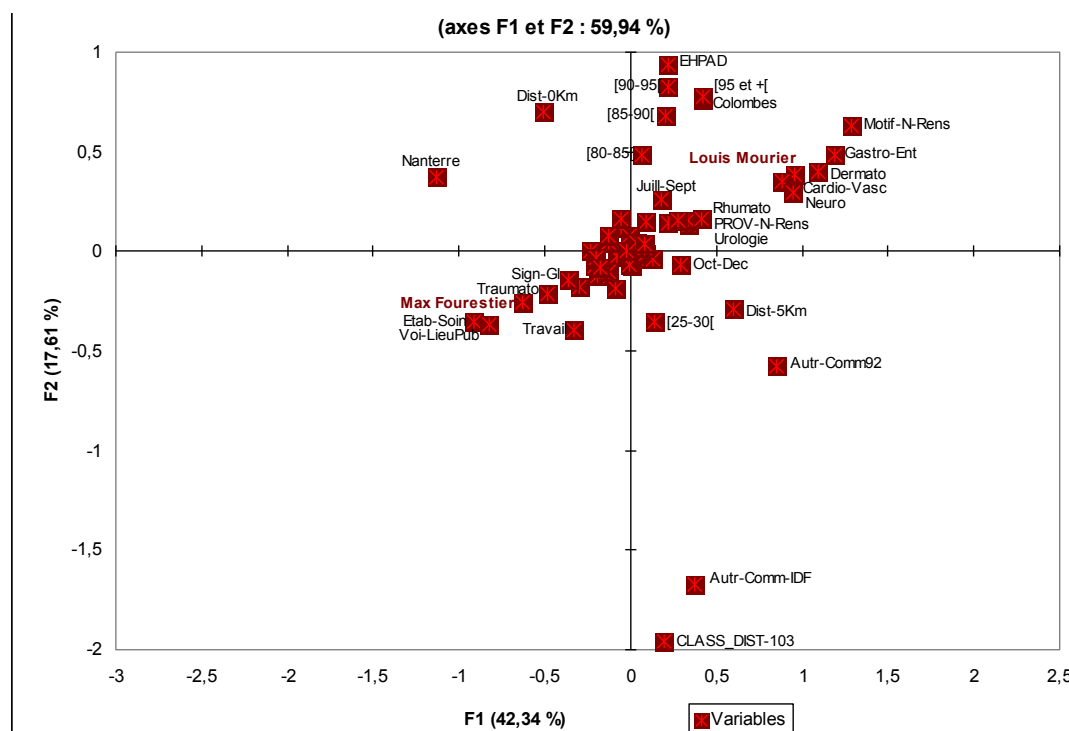
Une commune est considérée comme localité commune de chalandise des deux hôpitaux de notre étude, si au moins un patient de Louis Mourier et un patient de Max Fourestier y résident. Partant de ce principe, il ressort que 98,3% (29 635/30 154) de l'ensemble des patients sur lesquels ont porté nos observations à l'échelle de la région d'Ile-de-France provenaient de localités communes de chalandise des deux hôpitaux. La répartition de cette population de qui se recrute dans des aires de recoupement révèle la même tendance que celle de l'ensemble des usagers des urgences : de 39,5% et 39,2% à Louis Mourier pour 60,5% et 60,8% à Max Fourestier (Tableau 4).

Tableau 4 : Nombre de patients des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier par zone de recrutement

Zones de recrutement	Louis Mourier	Max Fourestier	Total
Zone commune	11 715 (39,5%)	17 920 (60,5%)	29 635 (100%)
Zone unique	99 (19,1%)	420 (80,9%)	519 (100%)
Total	11 814 (39,2%)	18 340 (60,8%)	30 154 (100%)

Sources : APHP-Louis Mourier ; CASH-Nanterre Max Fourestier, services des urgences, 2008

Dans ces aires de recouvrement, la patientèle est à majorité masculine (53,5% soit 15 854/29 635). La tranche d'âge la plus représentée, à l'image de l'ensemble des usagers des deux SU est celle des sujets de 20 à 30 ans (6 334/29 635 patients). La période estivale est la principale période de passage (38,6%, soit 11 449/29 635). Tout comme l'ensemble des consultants des deux services d'urgence, les plus fortes affluences ont été enregistrées le lundi (15,7%, soit 4 655/29 635). Les effectifs cumulés du nombre de passage par jour montre que 59% (17 471/29 635) des patients sont passés entre le lundi et le jeudi. La traumatologie (38,4%, soit 1 374/29 635) et les signes généraux (13%, soit 3 838/39 635) constituent les principaux motifs de consultation aux urgences. Dans ces zones communes de chalandise des SU, de max Fourestier et Louis Mourier, 53,5% (15 852/29 635) des patients ont quitté leur domicile pour se rendre aux urgences. Pour une proportion de 24,1% (7 144/29 635) de ces patients, la provenance n'était pas renseignées.



Sources : APHP-Louis Mourier ; CASH-Nanterre Max Fourestier, services des urgences, 2008

Graphique 17 : Profil des patients des zones communes de chalandise des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier en 2008

Les analyses de profils des patients résidant dans l'espace médical commun aux deux SU donnent les mêmes agrégats que celui de l'ensemble des consultants, pour les deux premiers axes du plan factoriel (59,94% de l'inertie totale) (Graphique 17).

Par rapport au premier axe, il apparaît une opposition entre les patients de l'hôpital Max Fourestier et ceux de Louis Mourier.

Les patients de l'hôpital Max Fourestier ont tendance à consulter pour des problèmes relevant de la traumatologie et des signes généraux. Pour la plupart résidents de Nanterre, ils viennent de leur lieu de travail, d'espaces publics, ou sont passés par d'autres établissements de soins avant de se rendre aux urgences.

Quant aux patients de l'hôpital Louis Mourier, ils sont pris en charge essentiellement pour les autres motifs.

Par rapport au second facteur (récupérant 17,6% de l'inertie totale), une opposition peut également être faite entre consultants des deux hôpitaux : les consultants de l'hôpital Louis Mourier sont essentiellement des personnes âgées (plus de 80 ans), alors que ceux de Max Fourestier sont essentiellement des jeunes (25 à 30 ans). Ces derniers ont tendance à parcourir de longues distances (au minimum 5 Km) avant d'accéder à l'hôpital. (Graphique 17).

Dans les hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier, les principaux motifs de consultations relevaient de la traumatologie. Les moyens de placement personnels étaient les plus utilisés par les patients pour accéder aux deux SU. La population des hôpitaux était majoritairement jeune. Le profil de l'ensemble des patients qui se sont rendus aux urgences montre que l'hôpital de prise en charge est facteur discriminant, et que les consultations relevant de la traumatologie étaient essentiellement orientées vers Max Fourestier. Suivant l'âge les personnes âgées ont tendance à se rendre à Louis Mourier, et les jeunes à Max Fourestier. En outre, les patients de Max Fourestier ont tendance à parcourir de longue distance avant d'accéder au service d'urgence.

La recherche de profils pour chaque catégorie d'âge par strate a montré que certaines caractéristiques peuvent être communes à un ou plusieurs groupes de patients, mais les profils ne sont jamais exactement les mêmes. En passant des patients d'une catégorie d'âge à une autre ou encore d'un hôpital au second, les profils changent. Les patients qui sont dans une situation de précarité sont apparus comme des utilisateurs itinérants du SU de Max Fourestier. Ces populations en situation de précarité sont les moins satisfaits de la prise en charge. De façon générale, le niveau de satisfaction des usagers est fortement dépendant de leur temps d'attente aux urgences.

Partie III

ANALYSE DE PROFILS DE DEUX CATEGORIES DE PATIENTS DU SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL MAX FOURESTIER : LES RESIDENTS DE LA COMMUNE DE NANTERRE ET LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE

Dans cette partie, nous nous intéresserons à deux populations qui ont été prises en charge au service d'urgence de l'hôpital Max Fourestier en 2008. Il s'agit d'une part, des patients pour lesquels le lieu de résidence au sein de la commune de Nanterre a pu être déterminé de façon précise (les patients géocodés) et d'autre part, des patients pour lesquels aucune référence spatiale n'était disponible, à savoir les personnes sans domicile fixe.

Chapitre I:

Disparités socio-spatiales du recours aux soins d'urgence dans la commune de Nanterre en 2008

Deux niveaux d'analyse seront considérés à cette échelle : l'échelle des quartiers et celle des Ilots Regroupés pour l'Information Statistiques (IRIS). Au niveau des quartiers, des profils de patients seront recherchés en fonction de leur lieu de résidence. Pour l'échelle des RIS, il s'agira pour nous, de caractériser les différentes entités spatiales, en considérant simultanément des variables contextuelles issues d'effet de composition ou d'effet de contexte.

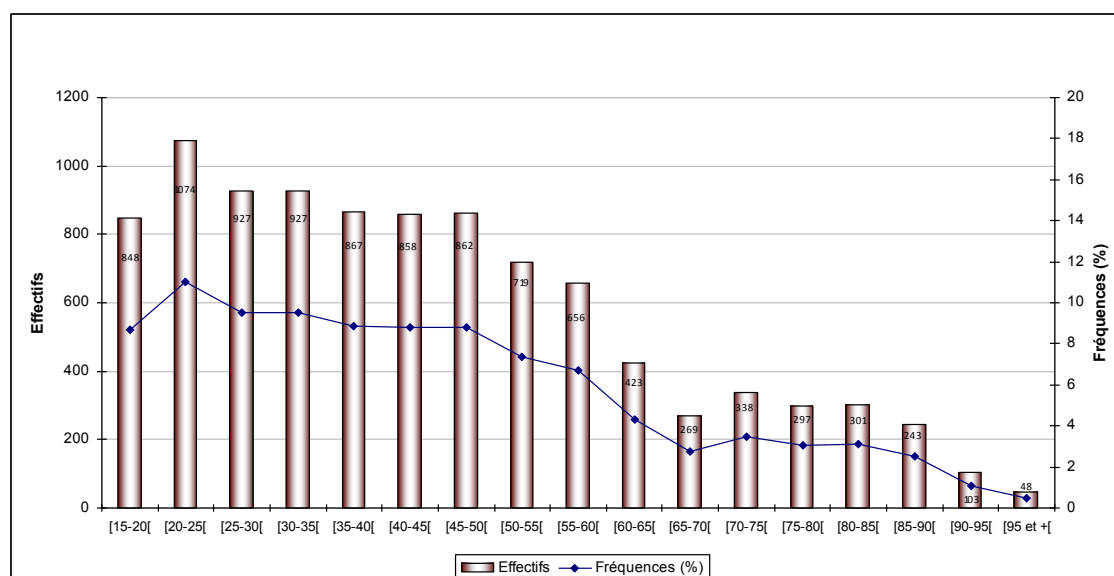
Des analyses précédentes que nous avons réalisées, il est souvent ressorti que les patients de la ville Nanterre constituaient un groupe qui se différencie des patients habitant les autres communes d'Île-de-France, de par certaines caractéristiques : les patients de 15 à 69 ans qui ont consulté à Louis Mourier sont surreprésentés parmi les patients venant d'espaces publics, les patients de 70 ans et plus sont surreprésentés parmi les patients dont la morbidité diagnostiquée relevait des signes généraux, de la pneumologie, et de la dermatologie). Au sujet des patients qui ont consulté à Max Fourestier, au même titre que ceux résidant à Colombes, les sujets de 15 à 69 ans étaient surreprésentés parmi les personnes prises en charge pour des signes généraux, des problèmes pneumologiques et psychologiques.

Afin de mieux dresser des profils de patients de cette localité, nous porterons dans un premier temps, un regard sur l'ensemble des patients de la commune ayant consulté aux SU de Max Fourestier et de Louis Mourier, avant de nous focaliser sur ceux que nous avons pu géoréférencer.

I- Les patients de Nanterre : une structure par âge inchangée du niveau régional à celui infra-communal

Au total, 9 760 patients résidant à Nanterre se sont rendus en 2008 aux SU des hôpitaux Max Fourestier (9 107/9 760, 93,3%) et Louis Mourier (653/9 760, soit 6,7%). Près de la moitié des patients (49,4%, soit 4 828/9 760) ont consulté pour des problèmes relevant de la traumatologie. 50,6% (4 962/9 760) des patients ont quitté leur domicile pour se rendre aux urgences. A l'instar des analyses développées aux autres échelles, la majorité des consultations a lieu entre avril et juin (4 302/9 760, soit 44,1%). Les patients de 20 à 25 ans constituent la classe modale, avec un effectif de 1 074 (sur les 9 760 personnes), soit 11% de la population totale de Nanterre ayant consulté aux urgences en 2008 ; Cette proportion est plus importante que la part des jeunes de 20 à 25 ans dans la population totale de la ville (qui était de 7,4% en 1999, soit 6 286/84 270).

La courbe de répartition des consultants suivant l'âge indique les mêmes groupes que nous avons pu identifier de puis le niveau régional : les patients de 15 à 69 ans d'une part et d'autre part, ceux d'au moins 70 ans (Graphique 18).



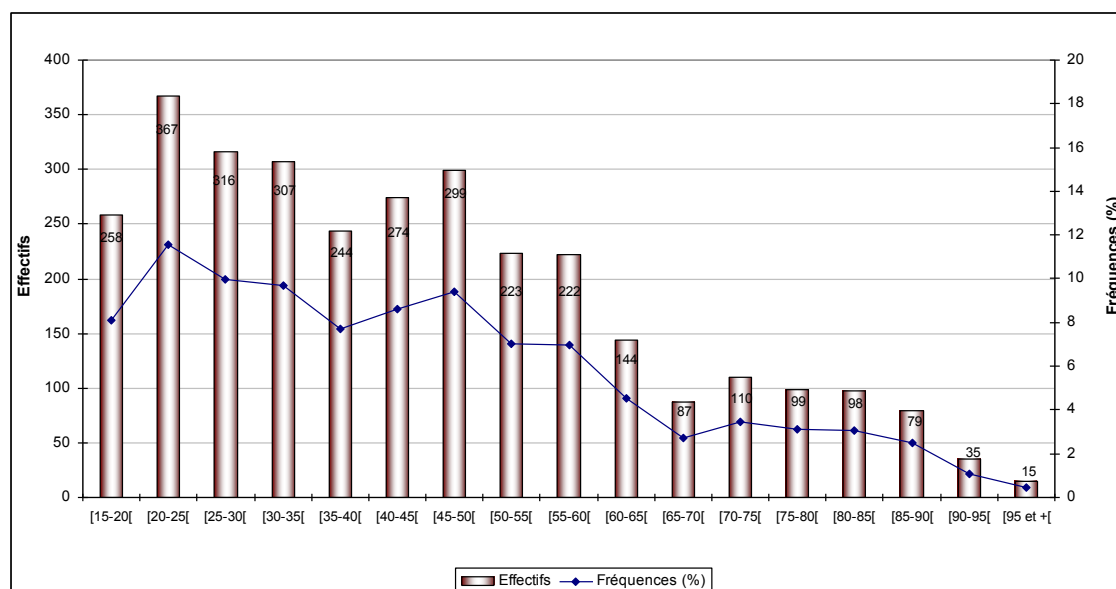
Sources : APHP Louis Mourier, CASH Nanterre Louis Mourier, services des urgences, 2008

Graphique 18 : Répartition par âge de l'ensemble des habitants de la commune de Nanterre ayant consulté aux SU de Max Fourestier et Louis Mourier en 2008

Plusieurs travaux ont démontré qu'indépendamment des caractéristiques individuelles, des effets de contexte peuvent aussi influencer l'état de santé. Certains résultats ont même

suggérer que le fait de vivre dans un quartier où se cumulent les difficultés économiques et sociales augmentait la probabilité de se déclarer en mauvaise santé (Allonier C. *et al*, 2009).

Afin de dégager des profils de patients qui se rendent aux urgences en fonction de leurs quartiers et IRIS, nous avons pu géorenférer un total de 3 177 consultants en fonction de l'adresse de résidence, dont 59% (1 874/3 177) d'hommes. 45% (1 430/3 177) de la demande de soins d'urgence ont été exprimés entre avril et juin 2008. 51,96% (1 651/3 177) des consultations étaient motivées par les besoins de soins d'ordre traumatologique. A 57,6% (1829/3 177) des patients venaient de leur domicile pour des soins d'urgence à Max Fourestier. A l'image de l'ensemble des résidents de la ville de Nanterre qui ont consulté aux urgences, la demande de soins venait essentiellement des personnes de 20 à 25 ans (Graphique 19).



Sources : APHP Louis Mourier, CASH Nanterre services des urgences, 2008

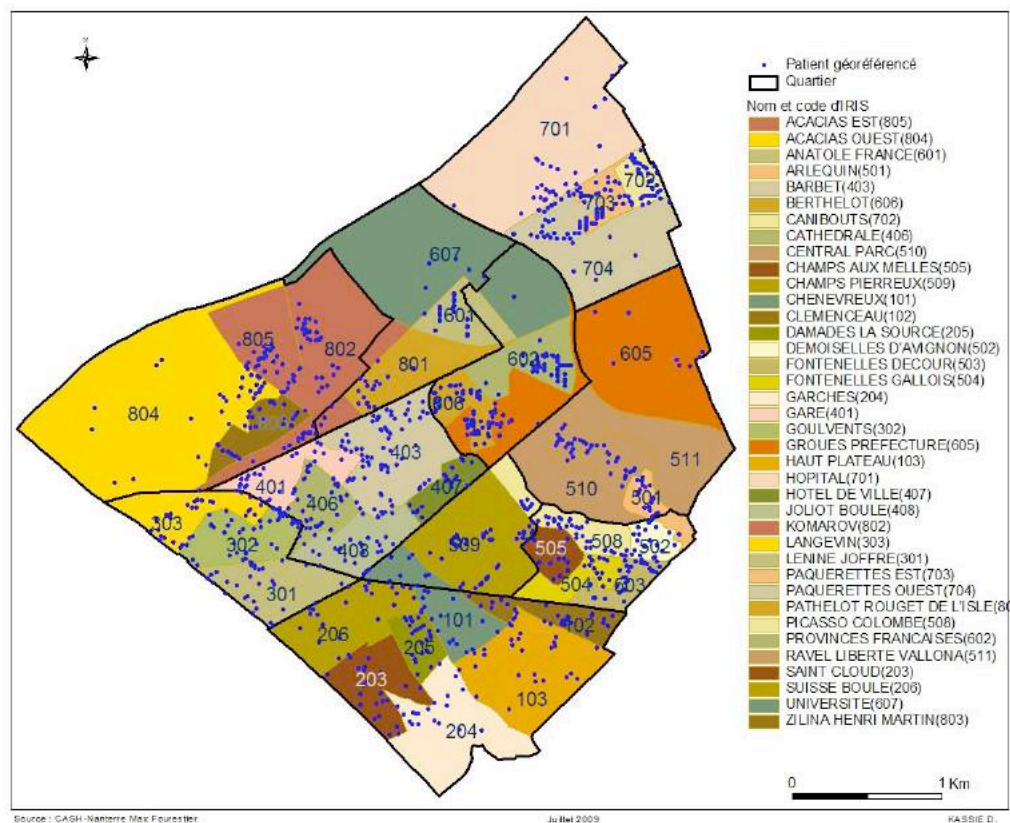
Graphique 19 : Répartition par âge des usagers des géorenférés dans la ville Nanterre en 2008

Pour les deux distributions précédemment décrites, en dépit de la variabilité des effectifs, les tendances globales sont les mêmes. Aussi, nous nous appuyons sur les attributs des 3 177 patients et sur les caractéristiques contextuelles des quartiers et IRIS de Nanterre pour identifier des profils des espaces où les personnes qui se rendent aux urgences résident.

Les 3 177 patients qui ont consulté aux urgences de Max Fourestier sont inégalement répartis sur l'ensemble du territoire (Carte 14). Le regroupement de ces patients par unité

spatiale indique que les quartiers à fortes populations en situation de précarité sont les principaux pourvoyeurs de patients en besoins de soins urgents. Trois de ces quartiers regroupaient à eux seuls 51,3% de la population. Il s'agit du Petit Nanterre (712/3 177 patients, soit 22,4%), du quartier Parc Sud (474/3 177 patients, soit 14,9%) et du Chemin de l'Ile (455/3 177 patients, équivalent à 14,3%). A l'observation des IRIS recouvrant ces quartiers, les disparités semblent moins marquées dans le quartier du Chemin de l'Ile que dans les quartiers du Parc Sud et du Petit Nanterre, où la plupart des patients résident dans les IRIS Fontenelle Decour (n°503) et Pâquerette Est (n°703) (Carte 15).

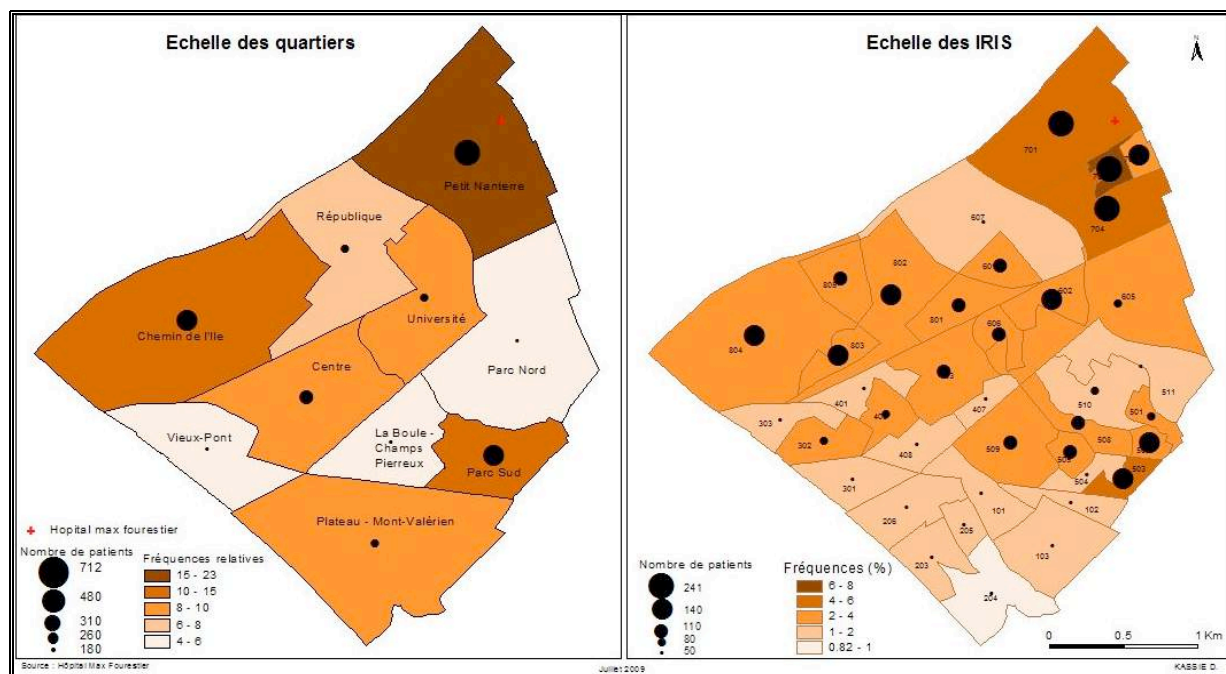
Les IRIS, sont des unités spatiales plus petites que les quartiers, mais les limites d'un agrégat d'IRIS ne correspondent pas toujours à celles d'un quartier.



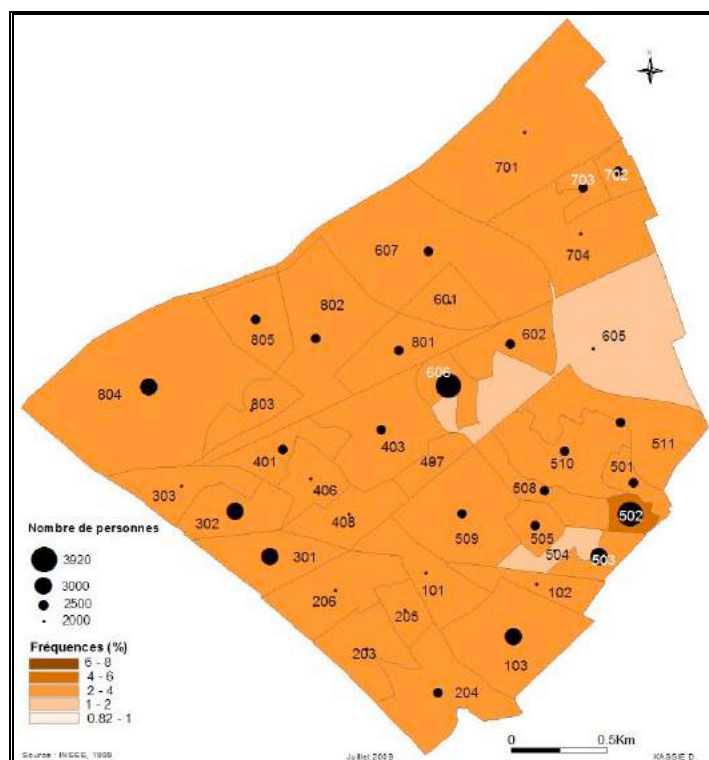
Carte 14 : Localisation des usagers de l'hôpital Max Fourestier en 2008

La distribution des patients par IRIS laisse paraître des disparités, à savoir que la zone du quartier du Petit Nanterre est la localité à partir de laquelle les patients tendent à se rendre aux urgences. A ce niveau, il importe de savoir si ce sont les localités de à forte population au sein de la ville qui constituent les principales zones de provenance des patients. La répartition par IRIS de l'ensemble de la population de Nanterre, mise en regard avec celle des patients des

urgences de Max Fourestier indique bien que les localités à forte population ne sont pas celles où se trouvent le plus de patients (Cartes 15 et 16. En outre, en terme de répartition, les patients du SU sont plus dispersés ($cv=0,56$) au sein de la commune que l'ensemble de la population de la ville de Nanterre ($cv=0,20$).



Carte 15 : Répartition par quartier et par IRIS des patients de l'hôpital Max Fourestier résidant Nanterre



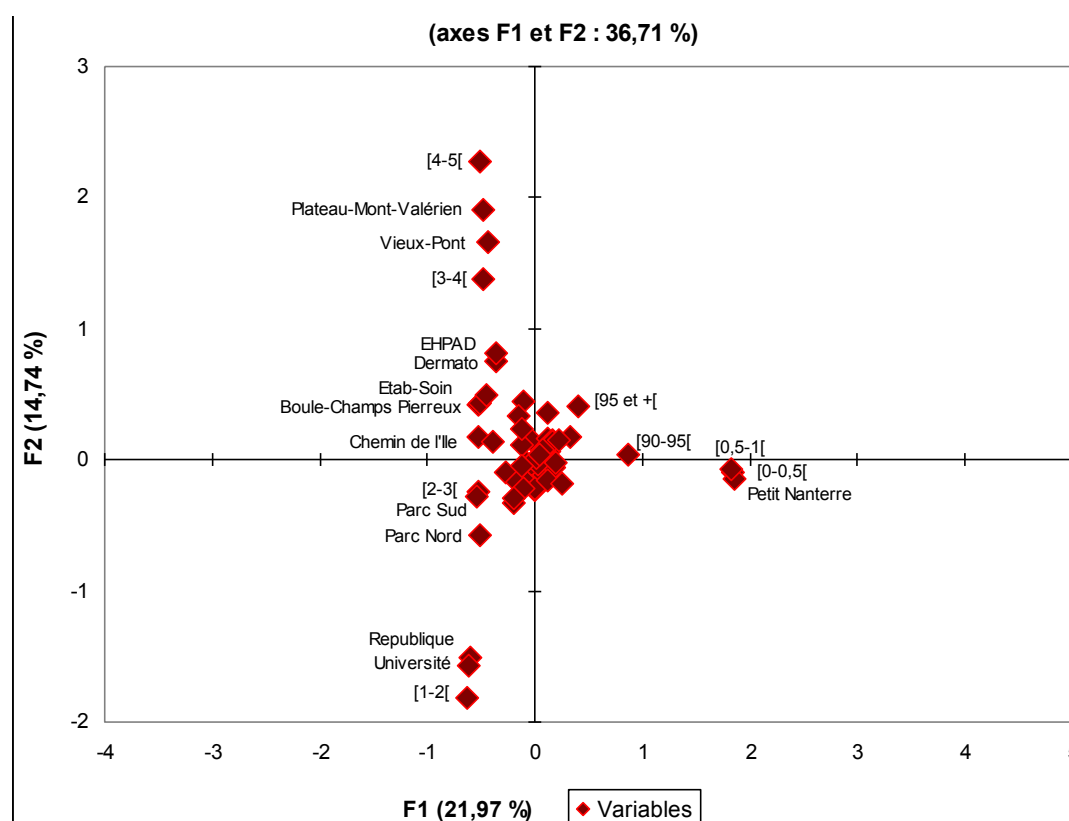
Carte 16 : Répartition de l'ensemble de la population de Nanterre par IRIS en 1999

II- Le Petit Nanterre, un quartier au profil de patients différent des autres quartiers

En considérant uniquement le nombre de patients par quartier, il est ressorti que la majorité des patients viennent de quartiers prioritaires de la ville. En prenant en compte l'ensemble des caractéristiques de des consultants de la commune pour rechercher des profils, les patients résidant dans le quartier du Petit Nanterre se démarquent des autres patients de la commune.

En effet, par rapport au premier axe factoriel qui contribuant à hauteur d'environ 22% dans la constitution des profils de patients, le quartier de résidence serait un facteur discriminant (Graphique 20).

De ces constats, il nous semble important de caractériser d'une part les patients résidant dans le quartier du Petit Nanterre et d'autre part ceux habitant les autres quartiers de la ville.



Source : CASH Nanterre Max Fourestier, 2008

Graphique 20 : Profil des patients de l'hôpital Max Fourestier résidant à Nanterre

Au Petit Nanterre, des 712 patients qui ont consulté aux urgences de Max Fourestier, nous retenons que 53,8% (383/712 personnes) étaient des hommes, 44,2% (315/712) des consultations ont lieu entre avril et juin, près de 52% (370/712) ont été motivés par des problèmes d'ordre traumatologique. La classe d'âge la plus représentée était celle des 20 à 25 ans (12,9%, soit 92 personnes). Les patients venant de leur domicile s'élevaient à 59,2% (422/712) de l'effectif total.

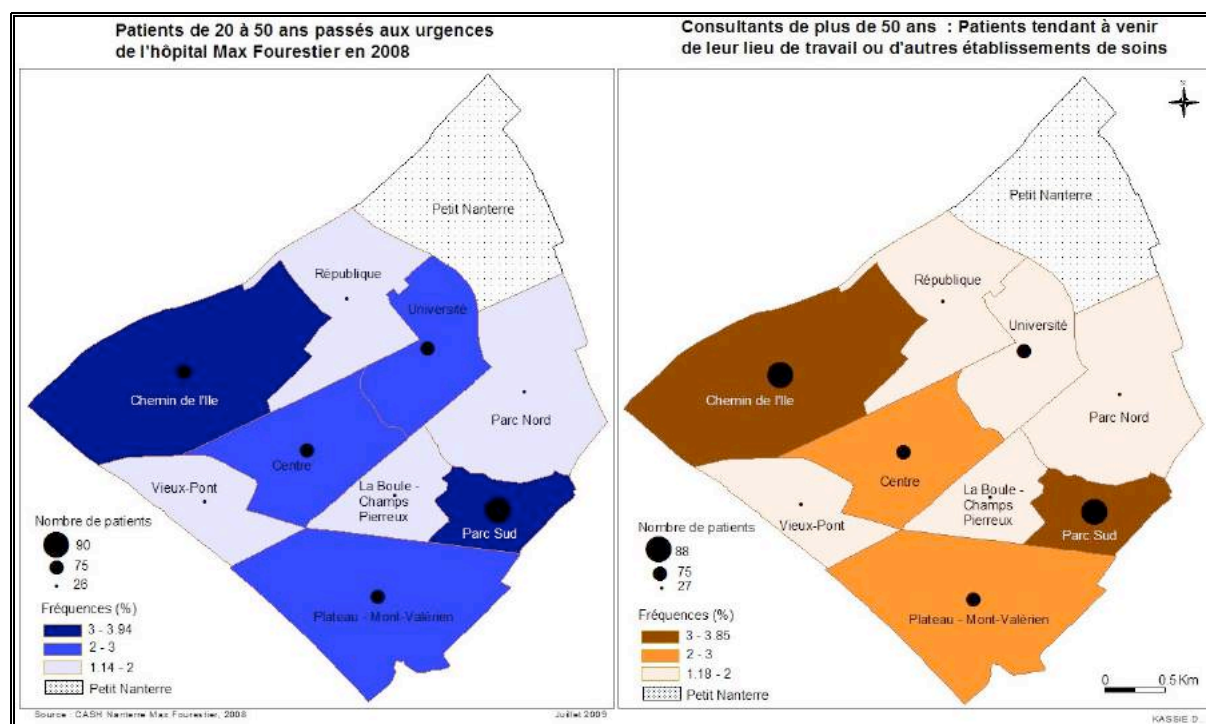
Dans cette zone, il avait une relation entre l'âge, la provenance et le motif de consultation : les patients qui venaient de leur lieu de travail ou de lieux publics s'opposaient aux autres patients de par leur profil (par rapport au premier axe factoriel expliquant 15,14% des variabilités). Il s'agit de patients dont l'âge est compris entre 30 et 40 ans. La morbidité diagnostiquée chez ce groupe de patients qui s'oppose aux autres relevait de motifs aussi variés que l'urologie, la pneumologie et problèmes spécifiques (catégorie autres motifs de consultation).

Quant aux 2 375 patients des autres quartiers de la commune, même s'ils ont des profils différents de ceux du Petit Nanterre, ils peuvent être regroupés suivant les mêmes tendances globales par variable. En effet, les hommes y représentent 60,5% (1 436/2 375) des consultants. C'est aussi entre avril et juin le maximum de passages a été enregistré (43,9%, soit 1 042 patients). 53,7% (1 275/2 375 patients) des soins prodigués relevaient de la traumatologie. Sont venus directement de leur domicile, 57,6% (1 369/2 375) des patients. Tout comme au Petit Nanterre, ce sont les consultants âgés de 20 à 25 ans qui étaient majoritairement présents, mais avec une proportion de 11,11% (264/2 375 patients).

Par rapport au premier axe factoriel (expliquant 22,6% des variabilités), deux profils de patients se dégagent. D'une part, sont regroupés les patients venant de leur lieu de travail ou d'autres établissements de soins. Il s'agit de patients dont l'âge est supérieur à 50 ans (Carte 17). On retrouve toutefois quelques patients de 15 à 20 ans qui passent essentiellement les samedis aux urgences. Il est possible que ce soient des lycéens ou collégiens qui s'orientent aux urgences, si les infirmeries de leurs établissements ne sont pas ouverts. Ces patients sont essentiellement des femmes. Les quartiers Parc Sud et Chemin de l'Ile sont les quartiers surreprésentés dans ce profil.

D'autre part, se trouvent les patients dont l'âge est compris entre 20 et 50 ans (Carte 17). Pour la plupart de sexe masculin, ces patients tendent à consulter pour des problèmes de

pneumologie. Des 2 375 consultants des neuf autres quartiers, 2 288 ont servi à établir des profils. A l'instar du premier profil, les patients surreprésentés dans ce profil viennent essentiellement des quartiers du Parc Sud et du chemin de l'Ile. La principale différence réside dans la sous-représentation des patients du quartier de l'université.



Carte 17 : Profil des patients des neuf autres quartiers de Nanterre (Petit Nanterre exclu)

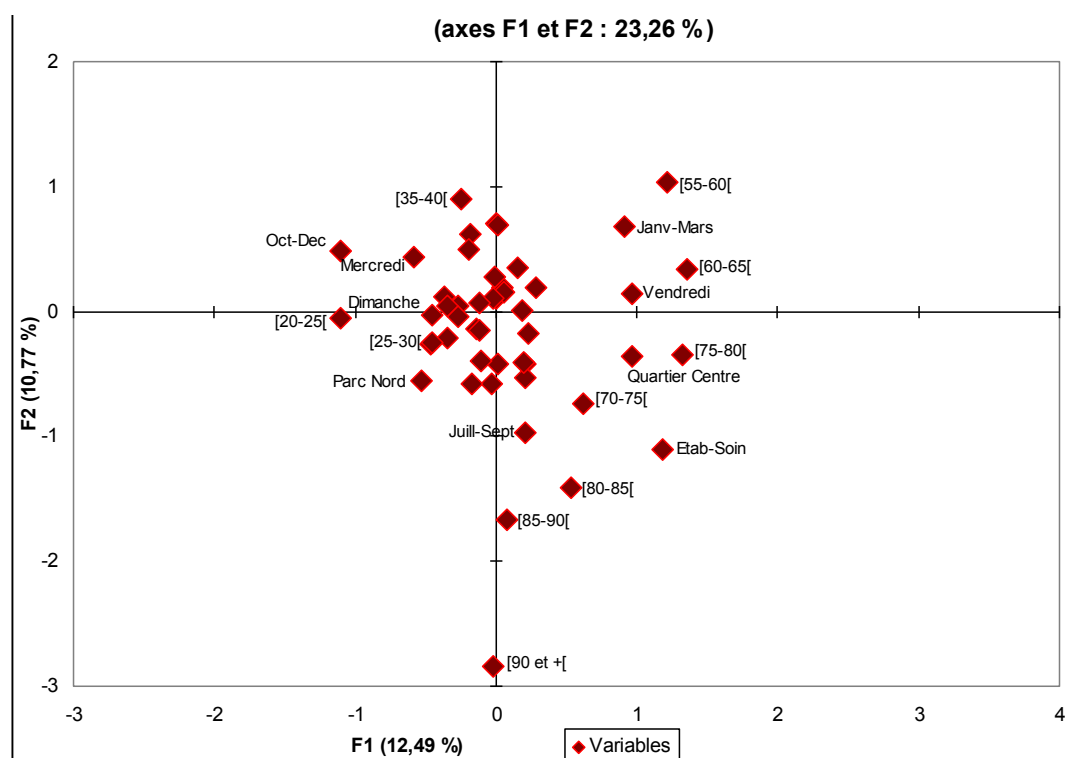
Dans la ville de Nanterre, le premier facteur de différenciation des patients est le quartier de résidence. Entre les patients du Petit Nanterre, c'est la provenance qui participe le plus à la modification des profils. Les patients du Petit Nanterre qui viennent de leur lieu de travail ou d'espaces publics s'opposent aux autres consultants. Alors que ce sont les usagers des autres quartiers de la ville qui viennent de leur domicile ou d'autres établissements de soins qui s'opposent autres.

III- Le profil des patients pris en charge pour traumatologie à Nanterre

A l'hôpital Max Fourestier, la morbidité diagnostiquée aux urgences chez les patients résidant à Nanterre relevait essentiellement de la traumatologie (52%, soit 1 651/3 177 patients), et des signes généraux (523/3 177 patients, soit 16,5%).

Les traumatismes (52,9% soit 874/3 177), les plaies (19,9%, soit 329/3 177), et les accidents (203/3 177) étaient les principaux problèmes traumatologiques identifiés. Mis à part le quartier du Plateau Mont Valérien où les plaies constituent le troisième motif après les traumatismes et les accidents, les mêmes tendances s'observent dans tous les quartiers de la ville.

Le profil des patients soignés pour des problèmes traumatologiques ne révèle aucune des causes particulières comme spécifique un groupe bien déterminé de patients. Une relation apparaît entre l'âge, le quartier de résidence et la période de consultation (Graphique 21).



Source : CASH Nanterre hôpital Max Fourestier, 2008

Graphique 21 : Profil des résidents de Nanterre prise en charge pour des problèmes traumatologiques à l'hôpital Max Fourestier en 2008

Il existe cependant une opposition entre les jeunes de 20 à 30 ans et les autres patients, notamment ceux de plus de 55 ans. Les jeunes pris en charge pour traumatologie tendent à venir du quartier du Parc Nord et consultaient essentiellement en automne. A l'opposé, les personnes âgées d'au moins 55 ans habitent le quartier de Centre et ont tendance à se rendre aux urgences en hivers

Les caractéristiques individuelles des patients de Max Fourestier résidant dans la commune de Nanterre nous permis de dégager différents profils. Afin de mieux cerner le rôle du contexte de résidence dans le recours aux soins d'urgences à Nanterre, il nous semble important de procéder à des analyses multi niveau, intégrant à la fois des variables individuelles et contextuelles (issues d'un effet de composition et d'un effet de contexte).

Comparativement aux profils des autres patients (ensemble des résidents de Nanterre qui ont consulté aux urgences ou résidents d'autres communes d'Île-de-France) les patients de Max Fourestier résidant à Nanterre ont des profils variables selon le quartier. A chaque changement d'échelle, même si les principales caractéristiques demeurent, il n'en est pas même pour les profils.

Toutes les analyses développées précédemment dans notre travail visaient à rechercher des profils de patients et à identifier les communes au sein desquelles chaque groupe (profils) de patients est surreprésenté. Il nous semble aussi important d'apprécier des profils d'IRIS, en nous agrégeant les caractéristiques des patients à cette échelle et en y ajoutant des caractéristiques propres à chacune de ces entités spatiales.

IV- Quelles structurations spatiales dans la ville de Nanterre ?

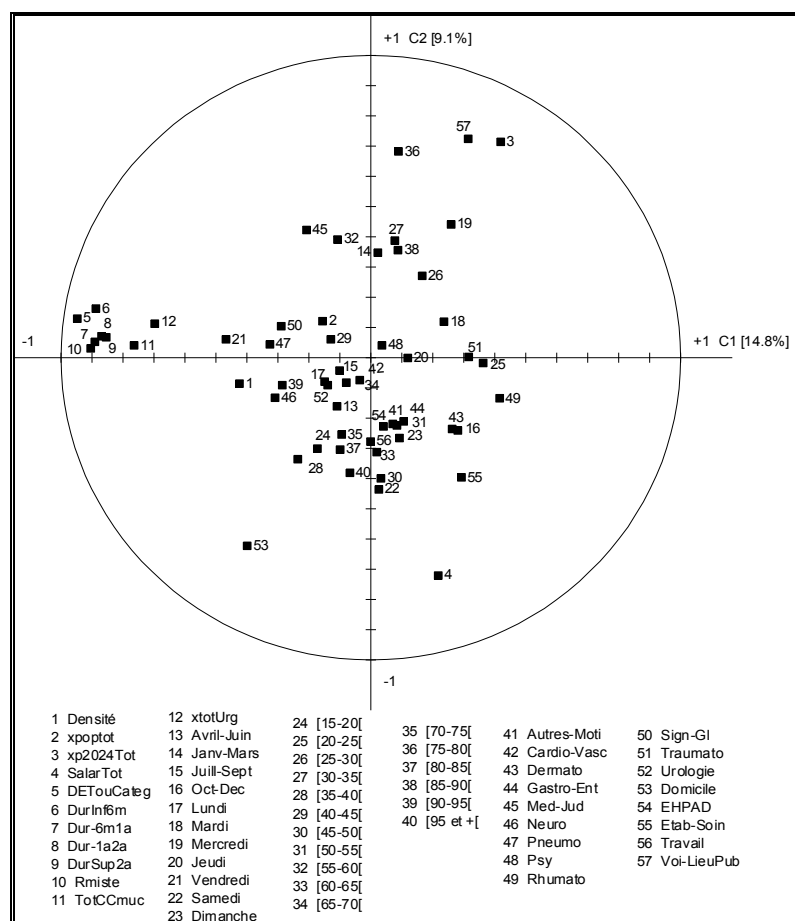
La différenciation spatiale par essence, résulte d'un complexe de variables et la compréhension des mécanismes en action passe par l'étude de la combinaison de ces variables qui s'établissent dans l'espace (Waniez P., 2004). Les données contextuelles exploitées pour l'identification de profils d'unités spatiales dans la ville de Nanterre sont de sources diverses (INSEE, 1999 ; Déclaration Annuelle des Données Sociales (DADS), 2005 ; Agence Nationale de l'Emploi (ANPE), 2006 ; Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), 2007), mais toutes disponibles à l'échelle des IRIS.

IV-1- Relations entre caractéristiques socio-économiques, spatiales et recours aux soins d'urgence des résidents de Nanterre

Afin de comprendre la structure des données avant la classification des entités spatiales, nous procéderons à une Analyse en Composantes Principales (ACP).

L'analyse du cercle de corrélation indique que pour les 57 variables utilisées, 23,8% de l'inertie totale s'expliquent par les deux premiers axes (Graphique 22).

Par rapport à la première composante (C1), il existe une opposition entre les IRIS au sein desquels les proportions de chômeurs (variable commençant par « Dur »), de bénéficiaires du RMI (RMiste), de demandeurs d'emploi (DET ou Categ) et de bénéficiaires de la Couverture Maladie Complémentaire (TotCCmuc), sont élevées et les autres IRIS.



Sources: INSEE, 1999, DADS, 2005, ANPE, 2006, CNAM, 2007, CASH-Nanterre Max Fourestier, 2008

Graphique 22 : Cercle de corrélations entre variables à l'échelle des IRIS de la commune de Nanterre

Les populations ont tendance à se rendre aux urgences pour des soins médicaux quelle que soit la durée du chômage : Inférieur à 6 mois (DurInf6m), entre 6 mois et un an (Dur-6m1a), entre un et deux ans (Dur-1a2a), ou plus de deux ans (DurSup2a). Les localités d'où les populations ont tendance à se rendre aux urgences sont celles où le chômage persiste. Il s'agit également d'entités abritant le plus de demandeurs d'emploi, de bénéficiaires du RMI et de la CMU-Complémentaire. Les IRIS qui sont surreprésenté dans ce profil sont des sous-espaces de quartiers prioritaires de la ville : le Petit Nanterre (IRIS 701 à 704), le Parc Sud (IRIS 501 à 505), le Chemin de l'Ile (IRIS 803 à 805) et le quartier de l'Université (IRIS 602).

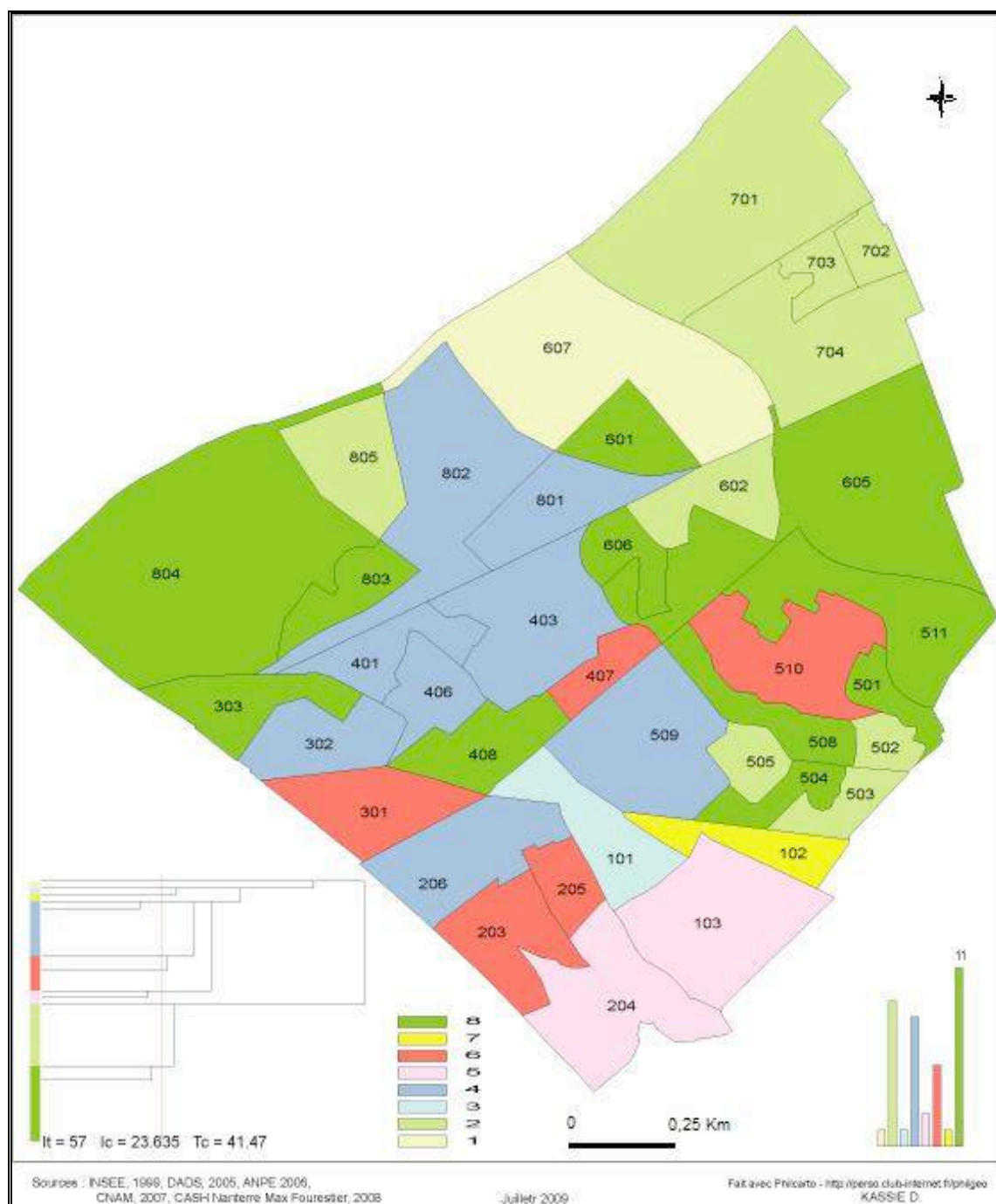
La CMU permet depuis janvier 2000, sous certaines conditions de ressources, de disposer d'une assurance complémentaire gratuite (CMU-C). C'est un dispositif visant à lever les barrières financières dans l'accès aux soins des personnes les plus pauvres. Les premières études sur la question ont montré une forte augmentation de la consommation de soins des bénéficiaires. (Grignon M. et Perronnin M., 2003). Dans le cadre de notre étude portant uniquement sur les soins d'urgences, la proportion de bénéficiaires de la CMU-C, mise en rapport avec les autres variables, est révélatrice du statut socio-économique de ces localités et des comportements de leurs résidents vis-à-vis de ce type de recours.

Par rapport au second facteur (récupérant 9,1% de l'inertie totale), il existe une opposition entre les localités où les proportions de jeunes de 20 à 24 ans, les proportions de patients de 75 à 80 ans et de patients ayant quitté des espaces publics pour des consultations d'urgence sont élevées. Ces zones s'opposent aux IRIS à forte proportions de salariés et de personnes quittant leur domicile pour des consultations d'urgence.

Dans la ville de Nanterre, les populations qui tendent à se rendre aux urgences peuvent être différenciées suivant des critères socio-économiques –durée du chômage, bénéficiaires du RMI, de la CMU-C- (composante 1) ou suivant des critères socio-économiques –lieu de provenance, situation professionnelle- (composante 2). Compte tenu du fait qu'il existe des relations entre certaines de nos variables d'analyse, nous semble important de rechercher des profils d'IRIS, afin de voir les structurations spatiales qui se dégagent vis-à-vis de ces données contextuelles sur la commune.

IV-2. Recours aux soins d'urgences et précarité : une opposition entre les zones urbaines sensibles et les autres localités de la commune

Dans le but de rechercher des disparités spatiales entre les différents IRIS de la Nanterre, utiliserons la méthode de la Classification Ascendante Hiérarchique (CAH). En maintenant les mêmes variables (une inertie totale de 57) que celles utilisées pour analyser la structure des données que nous avons sur la commune, un regroupement des unités spatiales en huit classes fait apparaître d'importantes disparités (Carte 18). Le pourcentage d'inertie récupéré par cette classification par rapport à l'inertie totale est de 41,47%.



Carte 18 : Typologie des IRIS de la commune de Nanterre

Le quartier du Petit Nanterre constitue une entité spatiale homogène, au regard du profil des différents IRIS qui le composent (701 à 704). D'autres IRIS, (localisés dans des quartiers au profil hétérogène) présentent des profils est similaires à ceux du Petit Nanterre. Il s'agit des IRIS 502, 503 et 505 dans le quartier du Parc Sud, des IRIS 602 (dans le quartier de

l'université) et 805 (dans le quartier Chemin de l'Île). Au regard du profil moyen des différentes²⁰ des différentes classes, La classe 2 se caractérise par de taux de chômeurs, de bénéficiaires du RMI, de la CMU C, des densités de populations supérieurs à la moyenne, de l'ensemble de la commune (exprimée en écart-type à la moyenne de chaque variable). Ces caractéristiques opposent cette classe aux autres classes de la commune, à l'exception de la classe 8 (Graphique 23).

La classe 4 se particularise par une proportion de salariés, des consultations d'urgence en hiver et en été des consultations au cours de la semaine (lundi, mardi et vendredi) plus élevés que la moyenne. Il en est de même pour les patients de plus de 45 ans. Les consultants relevant de la neurologie et de la traumatologie sont supérieures à la moyenne de la commune. Les proportions de patients venant des EHPAD sont plus importantes que la moyenne communale.

Les classes 8 et 2 se rapprochent en ce qui concerne les variables relatives à la précarité (faible proportions de salariés, fortes proportions de chômeurs et de bénéficiaires du RMI) par rapport aux autres localités. Ces deux classes se différencient néanmoins par les proportions de personnes au chômage depuis plus de 2 ans : alors que cette valeur est supérieure à la moyenne communale dans la classe 2, dans la classe 8 elle est plutôt inférieure.

Le sud de la commune (quartier du Plateau-Mont Valérien) demeure le plus hétérogène, car regroupant les entités présentant six profils différents.

Trois IRIS situés dans différents quartiers présentent des profils spécifiques, en ce sens que chacun d'eux reste le seul IRIS de la classe à laquelle il appartient. Il s'agit des IRIS 607 (Université Groues), 101 (Chenevrex), et 102 (Clémenceau). L'une des particularités de l'IRIS 607 est qu'elle est caractérisée par un fort écart-type de jeunes de 20 à 24 ans par rapport à l'ensemble des autres localités. Dans cette localité le nombre moyen de patients de 20 à 35 ans, de consultations pour traumatologie ainsi que de personnes venant d'espaces publics qui se sont rendus aux urgences est supérieur à la moyenne de l'ensemble des unités spatiales de la commune. Cet IRIS a tout de même une moyenne de travailleurs et de patients

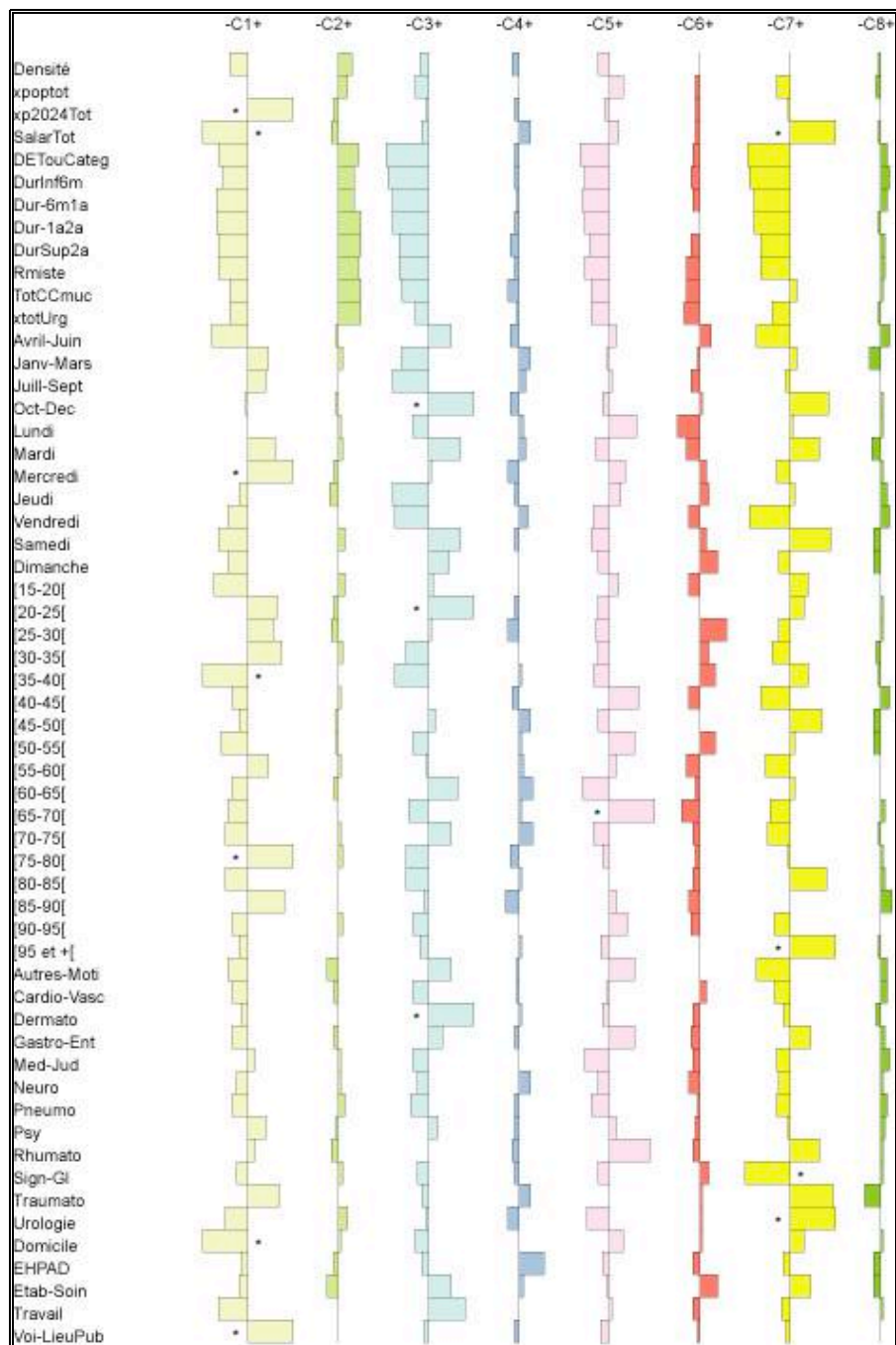
²⁰ Le graphique du profil moyen des classes donne pour chacune des variables, la distance de la moyenne de chaque classe à la moyenne de l'ensemble, distance exprimée en écart-type à la moyenne de chaque variable. Il permet d'apprécier quelles variables éloignent ou rapprochent les classes les unes des autres, c'est-à-dire, ce qui les caractérise vis-à-vis des autres (Waniez P., 2004).

venant de leur domicile plus faible que la moyenne de l'ensemble des autres localités de la commune.

En dressant une typologie des IRIS de la ville de Nanterre, il ressort que certains sous-espaces de Zones Urbaines Sensibles présentent des similarités. Ces zones d'action prioritaire de la commune étaient des localités où les populations avaient tendance à se rendre aux urgences. Il est reconnu que d'une façon générale, le niveau sanitaire d'une population est d'autant plus élevé que le niveau socio-économique est haut, même si cette correspondance n'est pas univoque (Salem G. *et al*, 1999). Ce constat pourrait être une hypothèse à vérifier au sujet de la demande de soins d'urgence à Nanterre. En effet, par rapport aux données contextuelles (issues de la composition des caractéristiques des patients, les variables écologiques (propres aux IRIS) semblent constituer la toile de fond sur la quelle se tissent les disparités spatiales de recours aux soins d'urgence à Nanterre²¹. Ce constat, pour être conséquent nécessite une prise en compte de l'offre de soins existante dans la commune, de l'état de santé et du recours aux soins de la population de la commune.

A partir des analyses basées sur le niveau d'accessibilité, l'âge des patients, l'hôpital de prise en charge, et même au sein d'une commune nous avons pu établir plusieurs types de profils. Les disparités socio-spatiales dans la ville de Nanterre ont montré que les facteurs socio-économiques participaient dans une large mesure, à la définition d'entités spatiales aux caractéristiques semblables. Il nous semble important, de porter un regard sur un groupe de patients appartenant à une même classe sociale, pour rechercher certaines particularités pouvant exister entre ces personnes.

²¹ Avant les classifications prenant en compte les données contextuelles sur la commune de Nanterre et celles et celles issues de la base de données du service des urgences, nous avons recherché des disparités spatiales en utilisant individuellement chacune de ces deux types de données. Les analyses combinant les deux bases présentent des résultats qui tendent plus vers ceux obtenus avec les données contextuelles seulement, en dépit de quelques différences.



Graphique 23 : Profil moyen des classes de la classification ascendante hiérarchique

Chapitre II :

Le recours aux soins des personnes sans domicile fixe (SDF) ou sans domicile stable (SDS)

Selon l'INSEE, une personne est dite sans domicile un jour donné si elle dort dans un lieu non prévu pour l'habitation ou si elle est prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation (Guiot De La Rochère B., 2003). Ces personnes sont souvent qualifiées de sans domicile stables (SDS) ou tout simplement de Sans-abri. Dans le contexte de notre étude, nous utiliserons ces expressions comme des synonymes.

Suivant l'âge, l'ensemble des patients de l'hôpital Max Fourestier peut être regroupé en deux classes : les sujets de 15 à 69 ans, ceux de plus de 70 ans. Les patients sans domicile fixe (SDF) ou sans domicile stable (SDS) peuvent quant à eux, être regroupés en 3 classes, suivant lesquelles nous ferons des analyses.

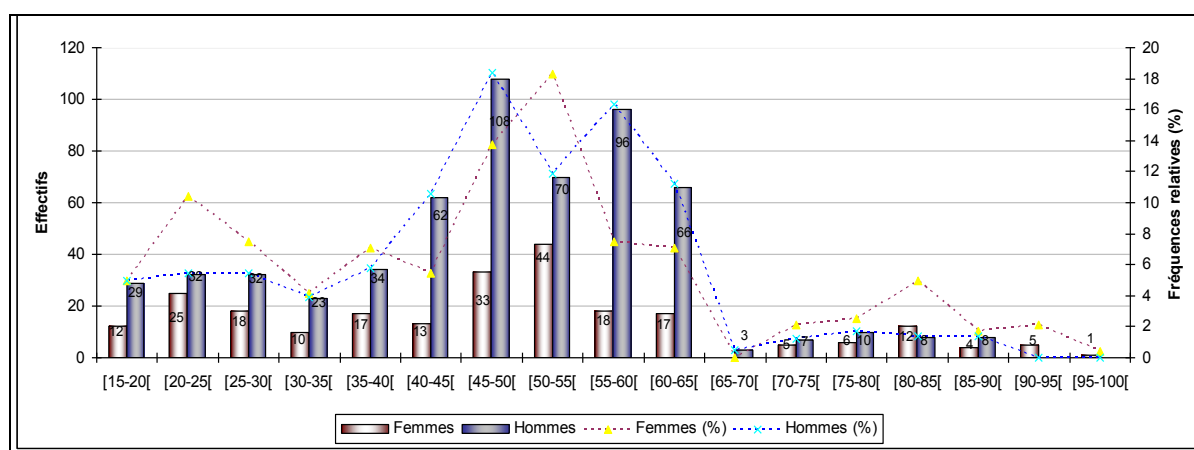
I- Caractéristiques des patients sans domicile fixe ou sans domicile stable

Le CASH de Nanterre abrite toutes les nuits, des centaines de sans logis (DSF). Ces personnes se trouvent en majorité dans trois structures de cette institution : le CHAPSA qui accueille en urgence et pour la nuit, les sans domiciles parisiens, le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale de Longue Durée (CHRS LD) qui héberge plusieurs années des SDF ayant formulé un projet de réinsertion et la maison de retraite du CASH qui accueille les personnes âgées les plus démunies Il y a des passerelles entre ces structures, ce qui fait qu'un usager du CASH peut fréquenter plusieurs services de l'institution (Benoist Y., 2009).

Au total, 836 patients sans domicile fixe dont 8 à Louis Mourier et 828 à Max Fourestier se sont rendus aux urgences en 2008. Les analyses à venir sur cette population porteront uniquement sur les SDF pris en charge à Max Fourestier.

La population des SDF se répartit en classes de proportions variables : les moins de 35 ans au nombre de 181 malades (21,9%), ceux de 35 à 69 ans ayant un effectif de 581 patients (soit 70,2%) et les plus de 69 ans, avec 66 patients équivalant à 8%. C'est une population majoritairement masculine (71% soit 588/828 patients) comme de nombreuses études ont pu le montrer (Loye B., 2007).

Les effectifs des trois classes d'âges sont variables, mais nous retenons que la classe modale de l'ensemble de la distribution est celle des patients de 45 à 50 ans (17% soit 141/628) (Graphique 24).



Source : CASH-Nanterre, service des urgences, 2008

Graphique 24 : Répartition des patients sans domicile fixe par âge et par sexe

Les périodes printanière (296 passages, soit 35,8%) et hivernale (273 passages équivalant à 33%) étaient les principales périodes de consultation. La plupart des patients de cette catégorie se rendait aux urgences en début de semaine : 19,2% des passages ont lieu le lundi et 8,8% le samedi. 54,22% (449) des motifs de consultation relevaient de la traumatologie, 15% (125 patients) de signes généraux et seulement 1,7% (14 personnes) respectivement de la toxicologie et des pathologies cardio vasculaires (Tableau 6). La moyenne d'âge de cette population était de 48 ans.

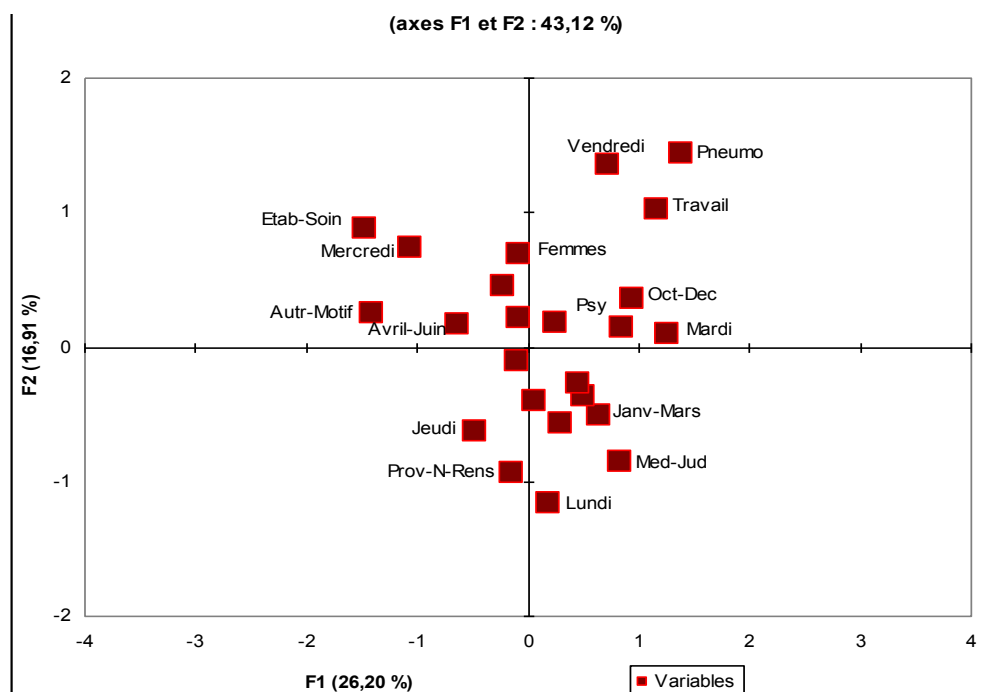
Pour toutes les 3 classes d'âges, la traumatologie était le principal motif de consultation, tandis que la période printanière restait la plus forte en termes d'attractivité. Les profils diffèrent toutefois selon la tranche d'âge. Dans l'optique de déterminer des profils de patients, nous prendrons simultanément en compte les variables que sont l'âge, le sexe, le motif de consultation, la provenance, le jour et la période de passage aux urgences.

Tableau 5 : Motifs de consultation aux urgences de Max Fourestier des patients sans domiciles fixe

Motifs	Femmes	Hommes	Total	Femmes(%)	Hommes (%)	Fréquences totales (%)
Cardio-vasculaires	3	11	14	1,25	1,87	1,69
Médico-Judiciaires	12	36	48	5,00	6,12	5,80
Pneumologie	10	22	32	4,17	3,74	3,86
Psychologie	9	28	37	3,75	4,76	4,47
Rhumatologie	10	21	31	4,17	3,57	3,74
Signes généraux	43	82	125	17,92	13,95	15,10
Toxicologie	3	11	14	1,25	1,87	1,69
Traumatologie	128	321	449	53,33	54,59	54,23
Urologie	5	13	18	2,08	2,21	2,17
Autres motifs	17	43	60	7,08	7,31	7,25
Total	240	588	828	100,00	100,00	100,00

Source : CASH-Nanterre Max Fourestier, service des urgences, 2008

- Chez les patients de 15 à 34 ans, 43,1% de la variabilité des profils s'expliquent par deux facteurs (Graphique 25).

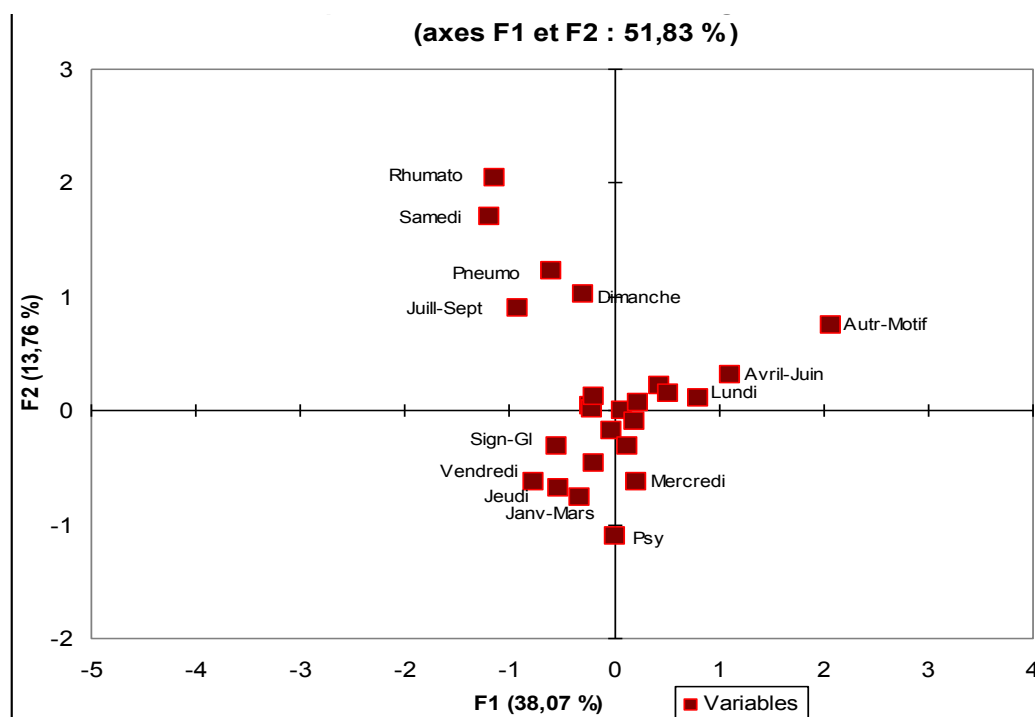


Source : CASH-Nanterre Max Fourestier, 2008

Graphique 25 : Profil des patients sans domicile fixe âgés de 15 à 34 ans

Par rapport au premier facteur, les patients venant d'autres établissements s'opposent à ceux qui déclarent venir de leur lieu de travail. Le premier groupe a tendance à consulter en été, mais pas pour un motif précis. Quant aux patients du second groupe, c'est pendant l'automne qu'ils ont tendance à se rendre aux urgences, avec pour motifs des problèmes pneumologiques.

- Chez les patients de 35 à 69 ans, par rapport au premier facteur expliquant 38% des variations dans la constitution des profils de patients, les consultations pour des motifs particuliers (autres motifs), s'opposent aux autres motifs de consultation. Dans cette classe d'âge, les patients avaient tendance à se rendre aux urgences les lundis, pendant le printemps (Graphique 26).



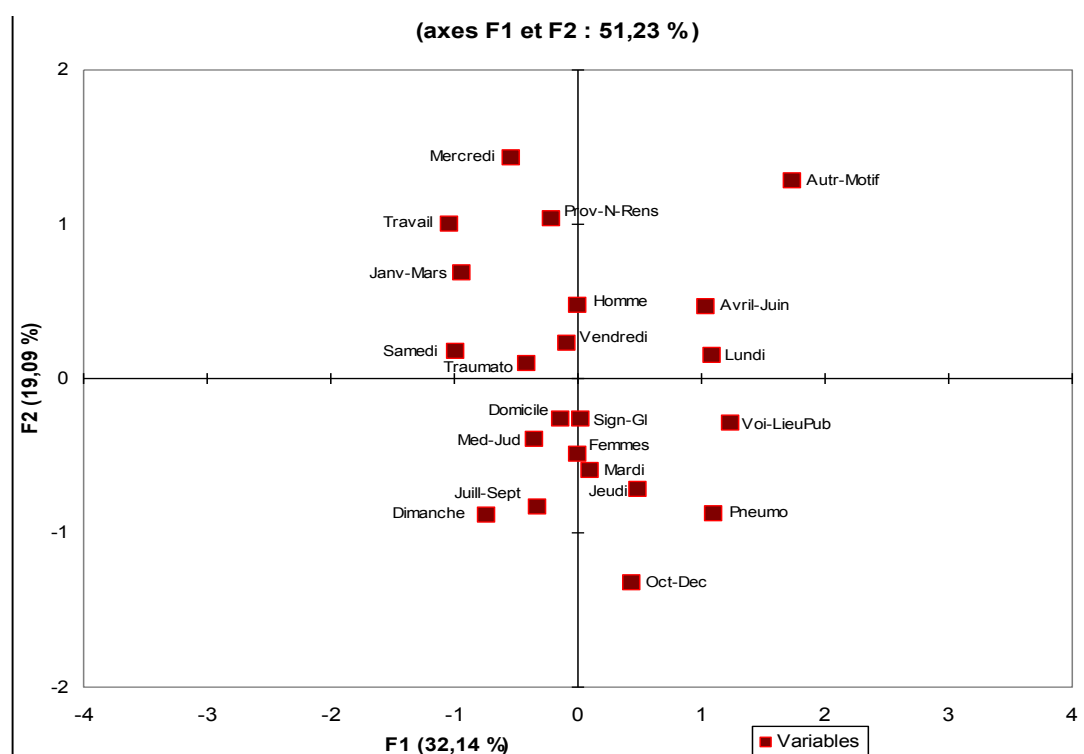
Source : CASH-Nanterre Max Fourestier, 2008

Graphique 26 : Profil des patients sans domicile fixe âgés de 35 à 69 ans

- Pour les patients de 70 ans et plus (Graphique 27) le premier facteur explique 32,1% des différenciations constatées dans la constitution des profils. Les personnes âgées sans domicile fixe qui avaient tendance à se rendre aux urgences au printemps, le faisait essentiellement les lundis. Les problèmes de soins répertoriés relevaient

essentiellement de la pneumologie ou de motifs spécifiques non définis dans le classement des motifs (autres motifs). Ces personnes venaient de lieux publics.

A l'opposé, se trouvent les patients qui tendaient à venir de leur lieu de travail (61 patients) pour des besoins relevant essentiellement de la traumatologie ou de problèmes médico-judiciaires. Les personnes sans abris ne sont pas nécessairement des chômeurs, certains travaillent, parfois même pour la mairie de Paris (Wikipédia, 2009). Une étude de l'INSEE (réalisée en 2002) a montré que sur les 86 000 SDF, trois sur dix ont un emploi, en général précaire (contrat à durée déterminé, intérim), et que quatre sur dix sont inscrits à l'Agence Nationale pour l'Emploi (ANPE). Ces « travailleurs pauvres » se retrouvent à la rue à cause des coûts de logement (en progression importante depuis 1995) et de l'insuffisance des logements sociaux à pris très modérés (INSEE, 2008 ; Wikipédia, 2009). L'une des questions nous pouvons tout de même nous empêcher de nous nous poser est de savoir quel travail pourrait avoir une personne sans domicile fixe âgée de plus de 70, si les bases de données ont effectivement été bien renseignée ?



Source : CASH-Nanterre Max Fourestier, 2008

Graphique 27 : Profil des patients sans domicile fixe âgés de 70 ans et plus

Dans la population des personnes sans domicile fixe qui ont consulté aux urgences, le caractère qui apparaît le plus souvent comme discriminant dans la détermination de profils est le motif de consultation. Toutefois, un motif particulier ne se dégage pas pour toutes les trois catégories d'âges. Etant donné que la majorité des patients a été pris en charge pour des raisons d'ordre traumatologiques, il nous a semblé important de voir dans le détail les particularités qui se dégagent au sujet des consultations de SDF et SDS relevant de ce motif.

II-. Les consultations d'ordre traumatologiques chez les personnes sans abris

En regroupant les motifs relevant de la traumatologie en 8 catégories (Tableau 7), il apparaît que les traumatismes en constituent plus de la moitié. Viennent ensuite les plaies (celles des mains s'évaluaient à 45, soit 47,4% des plaies soignées aux urgences de Max Fourestier en 2008). Les accidents de natures diverses constituent la troisième catégorie de soins relevant de la traumatologie dispensés aux personnes sans abris.

Tableau 6 : Répartition des consultations d'ordre traumatologique chez les patients sans-abri

Motifs	Effectifs	Fréquences (%)
Accidents	56	12,47
Chirurgies	13	2,90
Chutes	46	10,24
Panaris	10	2,23
Piqûres/Morsures	3	0,67
Plaies	95	21,16
Traumatismes	225	50,11
Violence Conjugale	1	0,22
Total	449	100,00

Source : CASH-Nanterre-Max Fourestier, services des urgences, 2008

Le traumatisme étant l'ensemble des lésions locales provoquées par l'action violente d'un agent extérieur (dictionnaire le Petit Larousse illustré 2009, p.1029), le manque de logement peut exposer les personnes sans domicile fixe ou sans domicile stable à diverses agressions extérieures. Certaines études relatives à la santé des personnes sans domicile fixe, dont celle de Médecins du Monde (Simonnot N., 2003) ont déjà mis à jour ce motif. Selon cette étude, la traumatologie traitée dans les centres de soins de Médecins du monde est trois

fois plus importante chez les personnes sans domicile fixe que chez les populations disposant d'un logement fixe. Au nombre des nombreux traumatismes, cette étude a mis à jour les accidents de la circulation et les agressions physiques subies dans la rue (généralement la nuit).

A l'instar de l'ensemble des usagers des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier, les traumatismes constituaient la principale cause de consultations traumatologiques. En somme, pour des analyses univariées, les modalités fortement présentes dans chaque variable restent les mêmes. Une prise en compte simultanée de plusieurs variables fait ressortir des profils différents entre patients ayant consulté aux urgences.

CONCLUSION

Mettre en regard quelques résultats de notre étude avec ceux d'autres auteurs ayant travaillé sur les recours urgents en France, synthétiser nos résultats, proposer quelques solutions, présenter les limites de notre étude et suggérer quelques démarches méthodologiques dans une nouvelle perspective de recherche sur les soins d'urgence à Nanterre et/ou à Colombes, telles sont parties que nous aborderons dans cette fin de notre document.

Éléments de discussion sur les caractéristiques de l'ensemble des usagers des SU de la France et ceux des hôpitaux Max Fourestier Louis Mourier

Dans les pays où la stabilité politique fait défaut, notamment ceux en situation conflictuelle, l'accès aux soins en lui-même relève de l'urgence. La distinction entre les soins relevant de la médecine générale et ceux relevant de l'urgence hospitalière n'est généralement faite que dans les pays qui connaissent une certaine stabilité politique (DCPP, 2008). Différentes réflexions ont été menées sur le recours aux soins d'urgence dans des pays du nord comme du sud, par des praticiens médicaux (médecins et épidémiologistes essentiellement) et des chercheurs en sciences humaines et sociales (des sociologues et psychologues pour la plupart). Certes des géographes s'intéressent au recours aux soins des populations, mais très peu -pour les informations dont nous disposons- se sont intéressées particulièrement aux soins d'urgences.

En France d'importants travaux ont été réalisés sur le recours aux soins d'urgence, à différentes échelles d'analyse, mais nous nous appesantirons sur celle réalisée sur l'ensemble du territoire français par Baubeau D., Carrasco V. (2003a). Intitulée « *Les usagers des urgences : Premiers résultats d'une enquête nationale* », cette étude est présentée comme la première à donner une vision globale de la fréquentation des services d'urgence en France.

Elle visait à mieux connaître les principales caractéristiques des usagers des urgences, leurs motifs de recours ainsi que leur trajectoire avant le service d'urgence. Tout comme pour l'ensemble des patients de Max Fourestier et de Louis Mourier, cette étude a révélé que les usagers des urgences consultent essentiellement pour des problèmes traumatologiques. Il en est de même pour l'âge, étant donné qu'une relative jeunesse des usagers des urgences a été

mise en exergue. Les hommes, étaient surreprésentés par rapport aux femmes (tout comme à Max Fourestier, mais pas à Louis Mourier). Aucune différence n'a été constatée entre les fréquentations du week-end et celles de la semaine. Ce n'est le cas ni à Max Fourestier, ni à Louis Mourier, où le principal jour d'affluence était le lundi. Toutefois la répartition des consultations sur toute la semaine montre qu'il n'y a pas d'effet jour.

Le maximum de passage, suivant les résultats de cette étude a eu lieu entre 10 heures et 11 heures, à l'image de ce que nous avons constaté pour à Louis Mourier. A Max Fourestier, le pic de passage se situe entre 11 heures et 12 heures.

Les moyens de locomotion utilisés pour accéder à l'hôpital mettent en exergue une prééminence de l'usage des moyens propres des patients, aussi bien à Louis Mourier qu'à Max Fourestier en 2008.

L'appréciation de la trajectoire de recours indique que 70% des usagers se rendent directement aux urgences sans aucun contact médical préalable. Que ce soit à Max Fourestier où à Louis Mourier, même si certains usagers sont passés par d'autres établissements de soins, il n'en demeure pas moins que ceux qui ont quitté leur domicile pour se rendre directement aux urgences constituent la plus importante proportion.

Analyse géographique du recours aux soins d'urgence à Nanterre et Colombes

De la synthèse méthodologique sur la géographie du recours aux soins d'urgences hospitalières que nous avons effectuée, il apparaît que peu de chercheurs intègrent la dimension spatio-temporelle, les pratiques socio spatiales ou encore des méthodes quantitatives et qualitatives.

Les hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier, du fait de leur situation géographique sont accessibles par les populations bénéficiant aussi bien de moyens personnels de locomotion que par les transports en commun. Conformément à notre hypothèse de départ, la distance a une influence sur le recours aux soins d'urgence, dans la mesure où une décroissance du nombre de patients a été observée avec la distance. Cette hypothèse doit cependant être nuancée, dans la mesure où les patients des deux hôpitaux se recrutent sur

l'ensemble du territoire national même s'ils résident majoritairement dans la commune d'implantation de l'hôpital les ayant pris en charge. En outre, si le quartier du Petit Nanterre est l'espace de résidence de la majorité des patients de la commune de Nanterre, les données ne nous permettent pas d'apprécier la part des patients résidant dans le quartier Europe de Colombes.

Dans chacune des trois strates retenues par notre analyse, s'il est vrai les modalités dominantes par variable ressortent le plus souvent, les mêmes profils ne se dessinent pas quand on procède à des analyses multivariées. Pour les mêmes classes d'âges et des distances similaires parcourues, les patients présentent des profils différents selon l'hôpital de prise en charge.

Les relations entre personnels médicaux et usagers des services d'urgence influencent à n'en pas douter, la perception de la qualité du service. Dans notre étude, le niveau de satisfaction des patients dépendait des temps d'attente et de bien d'autres facteurs dont le niveau d'instruction, le niveau de couverture, particulièrement à Max Fourestier. La multiplicité des facteurs intervenant sur le niveau de satisfaction fait finalement que la trajectoire de recours aux soins d'urgence est elle aussi influencée par de multiples facteurs.

Dans une perspective de réduction des temps d'attente, que ce soit à Louis Mourier ou Max Fourestier, les patients reconnaissent le manque de personnel soignant et souhaitent une son augmentation. De ce fait, notre hypothèse qui soulignait que les difficultés d'accueil des patients au service d'urgence de Louis Mourier, du fait de la faible démographie médicale, en faisaient un service moins fréquenté que celui de Max Fourestier, doit être relativisée.

Les services d'urgence des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier ont chacun leur aire de rayonnement, avec toutefois, des zones communes de recoupement.

A l'intérieur de la commune de Nanterre, les patients qui sont passés au SU de l'hôpital Max Fourestier présentaient des profils différents, suivant le quartier de résidence ; en plus la typologie des quartiers a montré que les quartiers prioritaires de la ville étaient des localités où les populations avaient tendance à se rendre aux urgences. Notre hypothèse relative à l'existence de disparités socio-spatiales dans la ville de Nanterre est vérifiée au regard des différentes variables que nous avons mobilisées.

Le motif de consultation est le principal critère de différenciation des patients sans domicile fixe qui se sont soignés au SU de l'hôpital Max Fourestier. Cependant, ces patients

ne présentent pas le même profil ; ils ont pu être classés en trois catégories, alors que qu'il n'y en avait que deux pour les autres usagers d SU de Max Fourestier.

Quelques suggestions pour une meilleure prise en charge des patients

Le recours aux soins d'urgence, comme nous l'avons souligné, est multi factoriel. L'amélioration de l'activité des services d'urgence et la satisfaction des patients passent par des solutions à court, moyen et long terme.

Les solutions à long terme permettront de trouver un point d'équilibre entre la gestion des flux et la satisfaction des usagers. Les acteurs à même d'intervenir ici sont les décideurs politiques et les acteurs du secteur économique. A ce niveau, il faudrait travailler, à :

- améliorer la situation socio-économique des populations, ce qui permettra en partie au plus grand nombre d'accéder aux soins préventifs ;
- accroître la démographie médicale des services d'urgences des hôpitaux ;

Les propositions à moyens terme visent à faciliter la gestion des flux aux urgences et une prise en charge efficiente des patients. Les décideurs politiques (au niveau gouvernemental) intervenant dans le secteur sanitaire en premier lieu, en seconde position les praticiens des services d'urgence et de la médecine de ville et enfin les populations devront ici être mobilisés. Les actions à mener pourraient porter sur :

- une meilleure organisation du système de soins prévention préventif et le développement de la collaboration entre les hôpitaux et la médecine de ville. A ce sujet, cette dernière pourrait résorber une partie, même limitée, des patients dont la morbidité n'est pas médicalement urgente. Cela passe forcément par une sensibilisation des patients ;
- les possibilités de réorientation de certains patients dans l'un ou l'autre des deux hôpitaux, notamment les urgences pouvant être différées. A Max Fourestier, à défaut d'ouvrir une section pédiatrique, développer les transferts des jeunes patients en pédiatrie à Louis Mourier (suivant la disponibilité des

lits et du personnel en pédiatrie). Avec la section adulte, voir les possibilités d'accueil en urgence différées de certains patients consultant à Max Fourestier pour des motifs relevant de la gastroentérologie. L'hôpital Max Fourestier pourrait aussi accueillir en différé de Louis Mourier, quelques patients consultant pour des raisons traumatologiques. L'efficacité de telles mesures passe dans un premier temps, par la détermination de quotas, suivant le plateau technique de chacun des deux services d'urgence.

A court terme, les solutions à apporter visent à faciliter les conditions de travail des praticiens des urgences, à travers l'allègement des diverses pressions qui peuvent être exercées par certains patients ou accompagnateurs de patients. Ces suggestions, inspirées des doléances de certains enquêtés aux deux services d'urgence, consistent à mettre l'accent sur la communication entre patients et personnel soignant. Il serait souhaitable de :

- informer les accompagnateurs sur l'état des patients qu'ils accompagnent ;
- sensibiliser les usagers sur le processus de prise en charge des patients, depuis l'accueil jusqu'à la sortie ou l'admission dans un service interne de l'hôpital. Les affiches étant peu ou pas lues, il faut mettre l'accent sur les moyens de communication audio-visuels ; pour ce faire, il faudrait installer (ou réinstaller) dans chacune des salles d'attente des urgences, un écran de télévision qui servirait à diffuser des émissions ou films documentaires expliquant le processus de prise en charge aux urgences, la charte des patients hospitalisés, la variabilité des temps d'attente, etc.
- sensibiliser les consultants sur la nécessité de leur active participation à l'entretien du cadre vie des services d'urgence, notamment les toilettes.
- insister sur le remplissage de la base de consultation des patients dans les deux services d'urgence ce qui permettrait, lors de travaux à venir, de mieux cerner les patients à travers l'ensemble des données hospitalières.
- installer à Max Fourestier, à l'instar de Louis Mourier, un système de signalisation permettant aux patients de faire appel aux infirmiers d'accueil en cas d'absence prolongée. A ce sujet, certains enquêtés se sont plaints d'avoir longtemps attendu, notamment aux heures de pause.

Difficultés rencontrées, limites de l'étude et propositions pour une éventuelle recherche sur le recours aux soins d'urgence en géographie de la santé

De nombreuses disciplines s'attachent à décrire et à expliquer les inégalités de santé, mais chacune d'elles met en avant les facteurs qui lui sont familiers. Si les analyses du géographe se doivent de souligner aussi bien les facteurs sociaux que territoriaux, force est de reconnaître que notre travail de Master 2, réalisé en 6 mois, ne peut se targuer d'avoir embrassé tous les contours du recours aux soins d'urgence. Aussi, il nous semble naturellement important de relever quelques difficultés auxquelles nous avons été confrontés ainsi que les aspects qui nous paraissent peu ou pas traités.

Comme difficultés, nous insistons sur :

- l'épuration des bases de données qui n'étaient pas toujours bien remplies et qui nous étaient fournies avec des codes. Il a fallu les reprendre en remplaçant des codes par leurs valeurs réelles ;
- les adresses n'étaient pas toujours orthographiées de la même manière à l'hôpital que dans la base de données routières de la ville de Nanterre ; cela a compliqué l'opération de géocodage et limité le nombre de patients localisés à une adresse ;
- l'établissement des correspondances entre codes postaux (des bases de données) et codes INSEE (identifiant des fonds de cartes de l'IGN) nous a demandé beaucoup de temps ;
- la disponibilité d'un logiciel et sa maîtrise pour des analyses de correspondances multiples permettant d'établir des profils de patients nous a demandé de la recherche documentaire pour la compréhension des principes de bases de du logiciel ;

- les problèmes de conversion de certains de nos fonds de cartes du Lambert II étendu vers le Lambert 93 nous ont obligé à faire des analyses en utilisant les deux systèmes de projection.

Au nombre des limites de ce travail, nous précisons que :

- notre travail étant fait à partir des données d'une année, des épiphénomènes peuvent être sources de biais. Une analyse des soins d'urgence qui en eux-mêmes sont impondérables, réalisée sur plusieurs années aurait permis de gommer les variations interannuelles et de dégager des tendances ;
- du fait de l'importance des données à traiter, nous avons dû passer sous silence certaines facettes. C'est le cas des analyses à l'échelle des communes d'Ile-de-France. Il aurait été souhaitable à cette échelle, d'intégrer des données écologiques sur les communes, afin de dégager des inégalités socio-spatiales de recours aux soins d'urgence à l'échelle de la région ;
- le personnel des services d'urgence a été davantage considéré comme partenaire, que comme une population cible. Dans l'approche qualitative, leur perception du comportement des usagers n'a été qu'effleurée dans nos analyses ;
- nos fiches d'enquête, devaient nous permettre de recueillir des informations pour expliquer certaines tendances issues du traitement des bases de données. Le temps alloué à la formation du master et la lenteur des démarches pour l'obtention des données nous ont conduit à administrer les questionnaires avant le traitement effectif des données sur les patients de 2008. Les données issues de nos enquêtes ne nous permettaient finalement pas d'expliquer tous les résultats émanant de l'exploitation des deux bases de données. Il nous a semblé inapproprié de rechercher des causes souvent sociales ou individuelles à partir de données purement médicales, qui plus est, n'avaient pas forcément des visées explicatives.

Au vu des insuffisances soulignées, nous proposons, pour d'éventuels travaux de recherche sur les services d'urgence, notamment dans le cadre d'une thèse de :

- effectuer des analyses avec des données de plusieurs années (3 ou 4 ans), afin d'éviter des problèmes liés aux variabilités inter annuelles et saisonnières ;
- administrer des questionnaires dans un premier temps à certains patients en salle d'attente, en second lieu à d'autres après leur passage aux urgences (une semaine à 10 jours environ). Pour limiter les biais de déclaration au cours du passage de certains questionnaires en salles d'attente, certains enquêteurs pourraient revêtir une blouse, d'autres non ;
- établir un lien entre les questionnaires et les fichiers médicaux des mêmes patients de sorte à appréhender leur satisfaction en fonction de leurs caractéristiques médicales ;
- faire passer des questionnaires dans quelques localités (quartiers ou IRIS) où les premières analyses auront révélé des disparités spatiales. Cela permettrait de mieux comprendre, en plus des conceptions holistique et biomédicale du recours aux soins d'urgence, l'appréhension sociale de ce type de recours. En outre, il en serait dégagé la part du recours urgent dans l'espace sanitaire de ces populations et leur aire de recours aux soins d'urgence ;
- stratifier suivant l'orientation (est, ouest, nord, sud), en plus du simple découpage suivant la distance ; Ce qui permettra de voir d'une part l'effet de l'offre de soins environnante sur les recours urgents à Max Fourestier et Louis et d'autre part de savoir s'il existe un effet de polarisation, du fait la Seine ;
- Procéder à une étude des disparités spatiales des valeurs manquantes pour chaque variable. Cela permettra de vérifier si les individus non renseignés sont répartis de façon aléatoire ou non sur la zone d'étude ou encore s'ils présentent un profil particulier ;
- intégrer des variables contextuelles, notamment l'offre de soins d'urgence (notamment la permanence des soins) dans les communes et quartiers de résidence des usagers des deux services d'urgence ;
- impliquer davantage le personnel médical dans le traitement de la morbidité diagnostiquée aux urgences. Il s'agirait, en plus du traitement des motifs de consultation en fonction de leur représentativité statistique, d'en faire un autre

regroupement suivant les processus de prise en charge des patients, un patient consultant pour des raisons traumatologiques n'étant pas pris en charge de la même qu'un autre consultant pour des raisons psychologiques urgentes.

Pour un travail de Master 1 ou 2 dont l'objectif serait de mieux cerner les spécificités des communes de la proche couronne des deux hôpitaux (rayon de 5 km par exemple) l'étudiant(e) pourrait laisser les communes éloignées et faire des analyses spatio-temporelles uniquement sur la zone ciblée par son étude. S'il s'agit de dégager des typologies de sous-espaces dans les communes d'implantation des deux hôpitaux, pour un(e) étudiant(e) de Master 1 par exemple, l'accent serait mis sur une sélection rigoureuse des variables individuelles et contextuelles. Abstraction serait faite d'une stratification suivant la distance, mais l'accent devrait être mis sur les variations spatio-temporelles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Actu Senior, 2009, Retraités travailleurs, 30 000 personnes de plus de 65 ans travaillent dans le privé, http://www.senioractu.com/Retraites-travailleurs-30-000-personnes-de-plus-de-65-ans-travaillent-dans-le-prive_a11249.html)
- Alfaro C., Brodin M., Lombrail P., Fontaine A., Gottot S., 1992, Motifs et modalités de recours ambulatoire pédiatrique dans dix hôpitaux de région Îles-De-France, *Arch Fr Pédiatr*, 49 : 785-791 pp.
- Allonier C. et al, 2009) Debrand T., Lucas-Gabrielli V., Pierre A., 2009, Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage, *Question d'économie de la santé*, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, n°139, 6p.
- Amat-Roze J. M., 1994, les systèmes de recours aux soins à la plaine Saint-Denis : étude géographique à l'échelle locale, *Cahiers GEOS*, n°29, 50 p.
- Amat-Roze J.M., 1998, Risques sanitaires et territoires à risque : Perception individuelle et perception collective, du groupe à l'État, *In : Le voyage inachevé... à Joël Bonnemaison*, Paris, Éd. ORSTOM et PRODIG, pp 543-550.
- Anonyme, 1997, Âge et santé : Des pathologies exemplaires liées au vieillissement, *Actualité et dossier en santé publique*, n°21, 1997, 5 p.
- AP-HP Louis Mourier, 2003, Louis Mourier, Groupement hospitalier universitaire du Nord, http://www.aphp.fr/index.php?action=hopitaux_accréditation&module=hopital&obj=26&vue=hopital_detail_accrédit.
- Baubeau D., Carrasco V. 2003a, Les usagers des urgences : Premiers résultats d'une enquête nationale, DREES, Etudes et Résultats, 212, 8 p.
- Baubeau D. et Carrasco V., 2003b, *Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières*, DREES, Etudes et résultats, n° 215, 12 p.
- Baubeau D., Deville A., Joubert M., Fivaz C., Girard I., Le Laidier S., 2000, Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés, *DRESS, Etude et Résultats*, 72 : 1-8 pp. Cité par Sagnet-Raffy C., Claudet I., Grouteau E., Fries F., Ducassé J.L., 2003, Epidémiologie des urgences de l'enfant de moins de 2 ans, Observatoire Régional des urgences de midi-Pyrénées/POSU pédiatrique CHU de Toulouse, 18 p.
- Benoist Y., 2009, *Sans-logis de Paris à Nanterre - Ethnographie d'une domination ordinaire*, l'harmattan, Paris, 259 p.

- Bonnet C., GAGEY S., HOCHART A., 2006, Les urgences en médecine générale, en Franche-Comté : Exploitation statistique de l'échantillon régional de l'enquête de la DREES, *ORS/Franche-Comté*, 8 p.
- Bonnet P., 2002, *Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins : Etude bibliographique sur l'accessibilité et le problème de l'accès aux soins, aux services de santé. Place particulière des concepts en géographie et en économie de la santé*. Dossier de DEA GEOS Université Paul Valéry Montpellier 3, 25 p.
- Boury F., 2004, Réflexions sur la pertinence de l'espace d'étude en santé publique : L'observation de la santé à Toulouse et dans son aire d'influence, Université Paris 7, Denis Diderot – ENSP, <http://www.memoireonline.com/02/09/1937/Reflexions-sur-la-pertinence-de-lespace-detude-en-sante-publique--Lobservation-de-la-sante.html>
- Bry X., 1995, *l'analyse factorielle simple*, Economica, 112 p.
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM 92), 2008, Fichier établissements 92 Internet : Liste des établissements des Hauts-de-Seine au 19/06/2008, 4p.
- Centre d'Accueil et de Soins Hospitalier de Nanterre, 2008, <http://www.cash-nanterre.fr/organisation.htm>
- Célérier M.C, 1994, *La santé en France : alternative à l'hospitalo-centrisme*, Grenoble, La pensée sauvage, 141 p.
- Clément J. M. (dir.), 1995, *L'année hospitalière*, Paris, éd. Berger-Levrault, coll. Document Santé, 380 p, in Fleuret S. et Séchet R, *La santé, les soins, les territoires : penser le bien être*, Presse universitaire de Rennes, pp 65-76.
- Collet M. et Gouyon M., 2007, Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale, *DREES : Etudes et résultats*, 607, 8 p.
- Cour des comptes, 2006, *Les urgences médicales : Constats et évolutions récentes*, Rapport d'activité, France, 313-346 pp.
- Cour des comptes, 2007, *Les personnes sans domicile : rapport thématique*, Rapport d'étude, France, 237 p.
- Declerck P., 2001, Les naufragés : Avec les clochards de Paris, Ed. *Terre humaine*, France, 445 p.
- Derlet R.W., Nishio D.A., 1990, Refusing care to patients who present to emergency departments, *Ann Emerg Med*, 19 : 944-945 pp., cité par Lombrail P., 1993, Le « succès » des services d'accueil des urgences : l'hôpital malade de la ville, *Cahiers Santé* 1993, 3 : 389-390 pp.

- Descheemaeker C., 2005a ; CASH de Nanterre, 2008, <<http://www.cash-nanterre.fr/organisation.htm>>
- Descheemaeker C., 2005b, *Centre d'accueil de soins hospitaliers de Nanterre*, Chambre Régionale des Comptes d'Iles de France, Rapport d'observations définitives, 21 p.
- Devictor D., Cosquer M., Saint Martin J., 1997, L'accueil des enfants aux urgences : résultats de deux enquêtes nationales « Un jour donné », *Arch Pédiatr*, 4 : 21-26 pp.
- DCPP (Disease Control Project Priorities), 2008, Renforcement des services médicaux d'urgence : Une question de vie ou de mort dans les pays à faible revenu, *DCPP*, 2è Edition, Octobre 2008, 5 p.
- Ducas-Dany E., 2005, *La prise en charge de la précarité à l'hôpital dans le contexte de la tarification à l'activité : l'exemple de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre*, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 91 p.
- EMTALA, 1986, The Emergency Medecine treatment and Active Labor Act : 42 USC, 1395dd , in Mariève Billemont, 2007, *Evaluation du recours au service d'accueil des urgences du Groupe Hospitalier Cochin-Port Royal, à partir de 245 consultations spontanées*, Université René Descartes (Paris5), Thèse de doctorat en Médecine, 68 p.
- Fleuret S., 2002, *L'hôpital universitaire, entre proximité et rayonnement régional*, in : Fleuret S. et Séchet R, *La santé, les soins, les territoires : penser le bien être*, Presse universitaire de Rennes, pp 65-76.
- Genell K., Rosenkvsit U., 1987, Heavy users and emergency departement, A two years follow-up study, *Soc. Sci. Med.*, 25 : 825-831 pp, par cité par Lombrail P., 1993, Le « succès » des services d'accueil des urgences : l'hôpital malade de la ville, *Cahiers Santé* 1993, 3 : 389-390 pp.
- Grall J.Y., 2007, *Evaluation du plan urgence 2004-2008*, Ministère de la Santé et des Solidarités/Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, 33 p.
- Grignon M., Perronnin M., 2003, *Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins*, Question d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé, n°74, 6p.
- Guiot De La Rochère B., 2003, *La santé des sans-domiciles fixes dans l'enquête nationale : Premier résultats*, in Santé, Inégalités, ruptures sociales en Ile-de-France, Séminaire SIRS IDF, 16/01/2003, 21 p.
- Hassin J., 1996, *L'émergence de l'abord médico-social des populations sans toit stable. Aspect historique, médical, socio-anthropologique, politique et éthique*, Thèse de doctorat d'université (Résumé de thèse), 29 p.

- Haut Comité de Santé Publique, 1998, *La santé en France, 1994-1998*, rapport d'activité, 4 p.
- Hemiri A., Ebener S., El Morjani Z., Black M., Chen He D., Morin D., Vanasse A., 2005, mesure de l'accessibilité physique aux centres de soins par une approche géomatique, http://pages.usherbrooke.ca/primus/WH_05_GEOIDE.pdf
- IFSI (Institut de formation en Soins Infirmier), 2008, Projet pédagogique de formation infirmière, CASH-Nanterre/IFSI, Version de septembre 2008 : promotion 2008-2011, 29 p.
- Henrad J.C. et Anktri J., 2003, Vieillesse, grand âge et santé publique, Rennes, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé publique, in Fleuret S. et Séchet R., 2004, géographie sociale et dimension sociale de la santé, *colloque ESO*, 16 p.
- INSEE, 2008, Observatoire National de la pauvreté et l'exclusion sociale, Rapport, 209 p., in <http://209.85.229.132/search?q=cache:nufBFPzFhFoJ:www.netlexfrance.net/2008/11/28/sdf-le-scandale-qui-dure/+INSEE,+86000+SDF+en+2004&cd=3&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-a>
- Louis Mourier, Groupement universitaire nord, 2008, Les hôpitaux de l'AP-HP accrédités, http://www.aphp.fr/index.php?action=hopitaux_accréditation&module=hospital&obj=26&vue=hospital_detail_accrédit
- Lacroix J., Arseau M., 1999, L'évolution des urgences pédiatriques à l'hôpital Sainte-Justine, *Arch, pédiatr*, 6 suppl2, 457-458 pp.
- Lang T., Davido A., Diakité B., Agay E., Viel J.F., Flicoteaux B., 1996, « Non urgent care in the hospital Medical Emergency department in France : how much and which Health needs does it reflect ? », *Journal Of Epidemiology and Community Health*, 50, 456-462 pp.
- Lombrail P., 1993, Le « succès » des services d'accueil des urgences : l'hôpital malade de la ville, *Cahiers Santé* 1993, 3 : 389-390 pp.
- Lombrail P., Vitoux-Brot C., Bourrillon A., Brodin M., Depouvouville G., 1997, « annover look at Emergency room overcrowding : Accessibility of the health services and qualities of Care », *International Journal for Quality in Health Care*, 9, 225-232 pp.
- Lombrail P., 2000, *Accès aux soins*, In Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (Sous dir.), *les inégalités sociales de santé*, INSERM, *La découverte*, 403-418 pp.
- Loye B., 2007, Des clés pour comprendre, Sortir de la rue les Sans abris, Conférence de consensus, Paris, 29-30 novembre 2007, 2 p.

- Mairie de Colombes, 2008 : *Colombes Diagnostic territorial*, Rapport d'étude, Mairie de Colombes Solving France, Agenda21, 64 p.
- Mairie de Nanterre, 2008, *Atelier Santé Ville de Nanterre : Rapport d'activité 2008*, Rapport, ASV/OLS, 32 p.
- Mairie de Nanterre, 2007, *Plan Local d'Urbanisme de Nanterre*), Rapport d'étude issu du CD-Rom du PLU approuvé le 20/03/2007
- Melnick G. A., Bamezai A., Green L., Nawathe A., 2002, California's emergency department : system capacity and demand, *California health care foundation*, 7 p.
- Moutel G., Herve C., 2005, Accès aux soins à travers l'histoire des institutions d'hébergement et de soins, *l'histoire des Hôpitaux*, 7 p.
- Otmani A. I., 2008, *Motifs de recours et structure de la morbidité dans les services des urgences : cas du CHP de Mohammedia*, Mémoire de maîtrise en Administration Sanitaire et Santé Publique, Maroc, 61 p.
- Peppe M.E., Mays J.W., Chang H.C., Becker E., Dijulio B., 2007, Characteristics of frequent emergency department users, *The Henry J Kaiser Family Foundation*, Washington, 19 p.
- Nicoulet I., 1999, Repérage des personnes en situation de précaire hospitalisées et impact de ces populations sur l'utilisation de ressources hospitalières. Mémoire de Médecin Inspecteur de Santé Publique, ENSP, in Ducas-Dany E., 2005, *La prise en charge de la précarité à l'hôpital dans le contexte de la tarification à l'activité : l'exemple de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre*, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 91 p.
- Peschet I., 2008, Filière gériatrique et précarité : Mise en place d'une filière gériatrique à l'hôpital Louis Mourier de Colombes, *Mémoire/Ecole Nationale de Santé Publique*, Rennes, 60 p.
- PICHERAL H., 1989, Géographie de la santé, In *Premier cours européens de géographie de la santé*, Université P. & M. CURIE, Paris pp.
- Picheral H., 2001, Dictionnaire raisonné de la géographie de la santé, GEOS, Université Montpellier III, p 308 p.
- Pichon J.P., 1997, *Le P.M.S.I. ou les effets pervers économiques d'une typologie des populations sans abri comme de leur non typologie*, Mémoire de DEA d'Ethique Médicale et Biologique, in DUCAS-DANY E., 2005, *La prise en charge de la précarité à l'hôpital dans le contexte de la tarification à l'activité : l'exemple de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre*, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 91 p.

- Praznocy-Pépin C., 2007, *Les recours urgents ou non programmés en médecine générale en Ile-de-France*, ORS/Iles De France, 20 p.
- Pumain D. et Saint-Julien T., *L'analyse spatiale : localisation dans l'espace*, 2008, Armand Colin, Paris, 160 p.
- Lombrail P., 1993, Le « succès » des services d'accueil des urgences : l'hôpital malade de la ville, *Cahiers Santé* 1993, 3 : 389-390 pp.
- Raffestin M., 2005, Pratiquer une analyse en composante principale, http://ufr-pluribab.univ-pau.fr/live/digitalAssets/11/11529_L3_cours_ACP.PDF
- Salem G., Rican S., Jouglà E., 1999, *Atlas de la santé en France : Les causes de décès*, Ed. John Libbey Eurotext, Vol.1., 189 p.
- Samusocial de Paris, 2004, *Procédures en plan hivernal niveau 2 « grand froid » : Informations générales sur les conséquences sanitaires des situations climatiques de grand froid et conduites à tenir*, Département Soins Infirmiers/Département Médical/Observatoire, Paris, 10 p.
- Simonnot N., 2003, « Pas de santé sans toit ni droit » : L'expérience de la Mission France de Médecin du monde, in *Santé, Inégalités, ruptures sociales en Ile-de-France*, Séminaire SIRS IDF, 16/01/2003, 21 p.
- Tonnellier F., 1997, Dossier géographie de la santé : un bilan contrasté ; *actualité et dossier en santé publique* n°19, p. 2.
- Verstavel F., 2007, *Améliorer la gestion du flux de patients au service des urgences du Centre Hospitalier de Bretagne Sud*, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2007, 81 p.
- Waniez P., 2004, Philcarto version 4.xx, pour Windows : Mode d'emploi, 252 p.
- Wikipédia, 2009, Sans domicile fixe en France, http://fr.wikipedia.org/wiki/Sans_domicile_fixe_en_France
- Zimmerman D.R., Allegra J.R., Cody R.P., 1998, The epidemiology of pediatric visits to New Jersey general emergency departments, *Pediatr Emerg Care*, 14 : 112-115 pp.

LISTE DES CARTES

Carte 1 : Situation géographique des communes de Nanterre et de Colombes.....	33
Carte 2 : Localisation des Hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier au sein communes de Nanterre et Colombes.....	34
Carte 3 : Réseau de communication de Nanterre et accessibilité physique de l'hôpital Max Fourestier	42
Carte 4 : Réseau de communication de Colombes et accessibilité physique de l'hôpital Louis Mourier.....	43
Carte 5 : Répartition des patients des urgences suivant leur âge moyen par région	48
Carte 6 : Communes de résidence des patients enquêtés en 2009 dans les hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier	56
Carte 7 : Consultations pour raison de proximité par rapport à l'hôpital.....	59
Carte 8 : Répartition des patients de 2008 des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier en Ile-de-France	63
Carte 9 : Commune d'origine des patients suivant leur profil (selon l'axe 1) : les consultants relevant de la traumatologie à Max Fourestier et Louis Mourier	67
Carte 10 : Stratification de la zone d'étude par niveau d'accessibilité	70
Carte 11 : Profil des patients de l'hôpital Max Fourestier en 2008.....	76
Carte 12 : Profil des patients de l'hôpital Louis Mourier suivant les deux principaux axes du graphe factoriel...	81
Carte 13 : Zone de résidence des patients provenant de leur domicile	86
Carte 14 : Localisation des usagers de l'hôpital Max Fourestier en 2008	102
Carte 15 : Répartition par quartier et par IRIS des patients de l'hôpital Max Fourestier résidant Nanterre.....	103
Carte 16 : Répartition de l'ensemble de la population de Nanterre par IRIS en 1999.....	103
Carte 17 : Profil des patients des neufs autres quartiers de Nanterre (Petit Nanterre exclu)	106
Carte 18 : Typologie des IRIS de la commune de Nanterre.....	111

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des patients des deux hôpitaux par sexe	45
Graphique 2 : Répartition des patients des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier par classe d'âge en 2008	47
Graphique 3 : Périodes de passage aux urgences des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier	48
Graphique 4 : Jours de passage aux urgences des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier en 2008.....	49
Graphique 5 : Fréquentation des services d'urgences de en fonction des heures de passage	50
Graphique 6 : Evolution des passages aux urgences suivant la distance (Fréquences cumulées et relatives).....	51
Graphique 7 : Principaux motifs de consultation aux urgences	52
Graphique 8 : Motivations des usagers des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier dans le choix du service d'urgence	57
Graphique 9 : Profil de l'ensemble des patients de 2008 des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier	65
Graphique 10 : Profils des patients ayant consulté pour des problèmes traumatologiques à Max Fourestier et Louis Mourier en 2008	66
Graphique 11 : Profil des patients de 15 à 69 ans ayant consulté à Max Fourestier.....	73
Graphique 12 : Profil des patients d'au moins 70 ans ayant consulté à Max Fourestier en 2008.....	74
Graphique 13 : Profil des patients de Louis Mourier âgés de 15 à 69 ans	77
Graphique 14 : Profil des patients de Louis Mourier âgés d'au moins 70 ans.....	79
Graphique 15 : Profil des patients de l'hôpital Max Fourestier en 2009	89
Graphique 16 : Profil des patients de l'hôpital Louis Mourier en 2009.....	91
Graphique 17 : Profil des patients des zones communes de chalandise des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier en 2008	96
Graphique 18 : Répartition par âge de l'ensemble des habitants de la commune de Nanterre ayant consulté aux SU de Max Fourestier et Louis Mourier en 2008.....	100
Graphique 19 : Répartition par âge des usagers des géorencensés dans la ville Nanterre en 2008	101
Graphique 20 : Profil des patients de l'hôpital Max Fourestier résidant à Nanterre.....	104
Graphique 21 : Profil des résidents de Nanterre prise en charge pour des problèmes traumatologiques à l'hôpital Max Fourestier en 2008.....	107
Graphique 22 : Cercle de corrélations entre variables à l'échelle des IRIS de la commune de Nanterre.....	109
Graphique 23 : Profil moyen des classes de la classification ascendante hiérarchique	114
Graphique 24 : Répartition des patients sans domicile fixe par âge et par sexe	116
Graphique 25 : Profil des patients sans domicile fixe âgés de 15 à 34 ans	117
Graphique 26 : Profil des patients sans domicile fixe âgés de 35 à 69 ans.....	118
Graphique 27 : Profil des patients sans domicile fixe âgés de 70 ans et plus	119

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Comparaison des modalités de variables pour les hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier	25
Tableau 2 : Caractéristiques des patients enquêtés dans les hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier en 2009	55
Tableau 3 : Nombre et Fréquences de patients de chaque hôpital par âge et par strate	69
Tableau 4 : Nombre de patients des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier par zone de recrutement	95
Tableau 5 : Motifs de consultation aux urgences de Max Fourestier des patients sans domiciles fixe	117
Tableau 6 : Répartition des consultations d'ordre traumatologique chez les patients sans-abri	120

LISTE DES PHOTOGRAPHIES

Photographie 1 : Porte d'entrée de l'hôpital Max Fourestier	41
Photographie 2 : Porte d'entrée de l'hôpital Louis Mourier	41
Photographie 3 : Arrêt du bus 304 devant l'hôpital Max Fourestier. En Arrière plan, se trouve le bâtiment de la logistique et des archives médicales de l'hôpital. Ce bus relie « Nanterre Place La Boule » (point de contact entre les quartiers du Centre, du Vieux Pont, et du Plateau Mont Valérien) et est en direction des « Courtilles Métro » (de Paris). Il dessert les arrêts « hôpital de Nanterre » et « hôpital de Colombes »	41
Photographie 4 : Affiche à Louis Mourier donnant la définition de l'urgence, le déroulement de l'accueil et de la prise en charge	92
Photographie 5 : Affiche à Max Fourestier donnant la définition de l'urgence, le déroulement de l'accueil et de la prise en charge et le départ les personnes venues pour un accident de travail	92
Photographie 6 : Affiche à Louis Mourier et Max Fourestier donnant une des raisons des temps d'attente aux patients. On y lit : « si vous attendez, c'est qu'on préfère regarder des photos » « On fait notre maximum, restez poli au minimum »	92
Photographie 7 : Affiche à Louis Mourier sur la charte du patient hospitalisé	93
Photographie 8: Affiche à Max Fourestier sur la charte de la personne hospitalisée	93
Photographie 9 : SDF en salle d'attente des urgences de Louis Mourier	94
Photographie 10 : SDF en salle d'attente des urgences de Louis Mourier	94
Photographie 11 13 : SDF en salle d'attente des urgences de Max Fourestier	94
Photographie 12: SDF en salle d'attente des urgences de Louis Mourier	94

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	2
REMERCIEMENTS	3
REMERCIEMENTS	3
SIGLES ET ABREVIATIONS	5
Introduction	6
Partie I : Approche conceptuelle et méthodologique	10
Chapitre I : Conceptualisation du recours aux soins d'urgence hospitalier	11
I- Conceptualisation du problème de recherche	11
I-1- Problématique :	11
I-2- Objectifs	13
I-3- Hypothèses	14
II- Définition et rappel de concepts	15
II-1-Le recours aux soins	15
II-2-L'accessibilité	15
II-3- L'urgence médicale.....	16
Chapitre II : Contexte de l'étude, présentation de la démarche et des outils méthodologiques	18
I- Contexte de l'étude	18
II- Approches et outils méthodologiques.....	19
II-1- Choix de la population cible	19
II-2- Choix des variables d'étude	20
II-3- Détermination des échelles d'analyse.....	20
II-4- Collecte des données.....	21
II-5- Traitement des données	23
II-5-1. Traitement des bases de données.....	23
II-5-2. Limites dans le remplissage des bases de données des deux.....	24
II-5-3. Constitution d'une base de données pour un Système d'information géographique (SIG)	26
II-5-4. Géocodage à l'adresse des patients de l'hôpital Max Fourestier	27
II-6- Traitements statistiques et représentations cartographiques	27
II-6-1. Méthodes statistiques d'analyse des données.....	27
II-6-2. Les méthodes de représentation cartographique.....	29

Partie II : Accessibilité géographique des services d'urgence des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier : de l'échelle régionale à l'échelle infra communale	31
Chapitre I : Détermination des espaces médicaux des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier, deux aires d'influence couvrant tout le territoire français en 2008	32
I- Nanterre et Colombes, des communes abritant deux établissements engagés dans un processus de complémentarité de l'offre de soins médicale	32
I-1-Aperçu des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier au sein communes de Nanterre et Colombes	34
I-1-1. Présentation de la ville et du Centre de Soins Hospitaliers de Nanterre.....	34
I-1-2. Localisation de l'Assistance Hôpitaux Publique de Paris Louis Mourier dans la ville de Colombes	38
I-2- Accessibilité physique des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier au sein des communes de Nanterre et Colombes.....	39
II- Des disparités régionales dans le recours aux soins d'urgence à Max Fourestier et Louis Mourier.....	44
II-1. Des hommes à Max Fourestier et des femmes à Louis Mourier : répartition suivant le sexe	45
II-2. Deux populations aux âges moyens semblables	46
II-3. Variations saisonnières et hebdomadaires des passages aux urgences	48
II- 4. Des aires d'influence couvrant tout territoire national, mais des patients majoritairement proches	50
II-5. Morbidité diagnostiquée dans les services d'urgence : traumatologie à Max Fourestier et gastroentérologie à Louis Mourier	51
Chapitre II : Une analyse stratifiée et comparative des aires de chalandise des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier en 2008 et 2009.....	53
I –Analyse stratifiée du recours aux soins d'urgence des franciliens.....	53
I-1. Moyens d'entrée aux urgences	53
I-1.1. L'entrée dans le système de soins d'urgence	54
I-1.2. Opérer un choix en situation d'urgence : Quelle logique ?.....	54
I-1.3. Consulter en urgence : l'importance des moyens de transport personnels pour accéder aux hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier.....	61
I-2. Une typologie de consultants par niveau d'accessibilité aux services d'urgence	62
I-2.1. L'hôpital, un discriminant dans le recours aux soins d'urgence en Ile-de-France : des consultations traumatologiques orientées vers Max Fourestier	62
I-2.2. Profil des patients pris en charge pour des raisons traumatologiques.....	66
I-3. Les discriminants de la strate périphérique : des pathologies à Louis Mourier et des périodes à Max Fourestier.....	70
I-3.1. . Une opposition entre profil de patients d'hivers et des autres périodes de l'année à Max Fourestier	71
I-3.2. Des consultations relevant de la dermatologie et de la gastroentérologie à tous âges à Louis Mourier	72
I-4. Typologie des patients de la strate intermédiaire des services d'urgence	72

I-4-1. Le jour de consultation, un facteur discriminant à tous âges à Max Fourestier	73
I-4-2. Un groupe particulier à Louis Mourier : les patients résidant à Nanterre.....	77
I-5. Consulter en situation d'urgence au sein de sa commune de résidence : une morbidité diagnostiquée variable avec l'âge à Max Fourestier et Louis Mourier	82
I-5-1. Des jeunes (20 à 29 ans) pour tous motifs au printemps et des « anciens » (plus de 85 ans) en hiver à Max Fourestier	82
I-5-2. Des consultations de week-end pour rhumatologie chez des patients de 35 à 40 ans et des patients de plus de 85 ans venant d'EHPAD à Louis Mourier	83
II- Les trajectoires de recours aux soins d'urgence des populations	84
II-1. De la résidence aux urgences : quel itinéraire pour atteindre Max Fourestier ou Louis Mourier ?..	85
II-2. Un niveau de satisfaction fortement dépendant du temps d'attente aux urgences.....	87
III- Caractéristiques des patients résidant dans des aires communes de chalandise : une opposition entre profil de patients de Louis Mourier et ceux de Max Fourestier	95
Partie III : Analyse de profils de deux catégories de patients du service des urgences de l'hôpital Max Fourestier : les résidents de la commune de Nanterre et les personnes sans domicile fixe	98
Chapitre I : Disparités socio-spatiales du recours aux soins d'urgence dans la commune de Nanterre en 2008 ..	99
I- Les patients de Nanterre : une structure par âge inchangée du niveau régional à celui infra-communal	100
II- Le Petit Nanterre, un quartier au profil de patients différent des autres quartiers.....	104
III- Le profil des patients pris en charge pour traumatologie à Nanterre	106
IV- Quelles structurations spatiales dans la ville de Nanterre ?	108
IV-1- Relations entre caractéristiques socio-économiques, spatiales et recours aux soins d'urgence des résidents de Nanterre.....	108
IV-2. Recours aux soins d'urgences et précarité : une opposition entre les zones urbaines sensibles et les autres localités de la commune	110
Chapitre II : Le recours aux soins des personnes sans domicile fixe (SDF) ou sans domicile stable (SDS) ..	115
I- Caractéristiques des patients sans domicile fixe ou sans domicile stable.....	115
II-. Les consultations d'ordre traumatologiques chez les personnes sans abris	120
CONCLUSION.....	122
Éléments de discussion sur les caractéristiques de l'ensemble des usagers des SU de la France et ceux des hôpitaux Max Fourestier Louis Mourier	122
Analyse géographique du recours aux soins d'urgence à Nanterre et Colombes.....	123
Quelques suggestions pour une meilleure prise en charge des patients	125
Difficultés rencontrées, limites de l'étude et propositions pour une éventuelle recherche sur le recours aux soins d'urgence en géographie de la santé.....	127
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	131